Тинасилов М.Д.,
Уркумбаева А.Р.

ЭКОНОМИКА И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р.

ЭКОНОМИКА И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

Караганда, 2019

УДК 614
ББК 65.495

Утверждено на заседании научно-клинического совета (НКС) НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет Протокол №15, от 15 февраля 2019г

Рецензенты:

К. Н. Муканов – доктор медицинских наук, профессор Центрально-азиатского университета.

К. А. Атышев – доктор экономических наук, профессор Кыргызского экономического университета.

У. М. Датхаев – доктор медицинских наук, профессор Казахского медицинского национального университета им. С.Д. Асфендиярова.

Г. К. Джолдасбаева – доктор экономических наук, профессор Алматинского технологического университета

М.Д. Тинасилов, А.Р. Уркумбаева. **Экономика и финансирования здравоохранения:** Учебное пособие – Караганда: ИП «Издательство АҚНҰР», – 2019. – 306 с.

ISBN 978-601-7997-27-4

В учебном пособии изложены основные вопросы финансирования и экономики здравоохранения в современных условиях, представлены общие сведения о деятельности медицинских учреждений в системе медицинского страхования, даны понятия о формировании рынка медицинских услуг, планирования потребности в медицинской помощи.

Учебное пособие предназначено для студентов, магистрантов, докторантов медицинских вузов, врачей, обучающихся по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации, а также для преподавателей медицинских вузов, специалистов отраслей здравоохранения и хозяйствующих субъектов в сфере экономики.

УДК 614
ББК 65.495

ISBN 978-601-7997-27-4

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений:

РК	Республика Казахстан
АО	акционерное общество
ВФВ	внутриучрежденческие финансовые взаиморасчеты
ДМС	добровольное медицинское страхование
ДРГ	Диагностически-родственные группы
ИТР	инженерно-технические работники
КС	коэффициент сложности
КСГ	клинико-статистические группы
КТВ	коэффициент трудового вклада
КТУ	коэффициент трудового участия
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
МКБ	международная классификация болезней
МС	медицинское страхование
МСК	медицинская страховая компания
МСО	медицинская страховая организация
МСП	медико-санитарная помощь
ОМС	обязательное медицинское страхование
ОПЗ	общества поддержания здоровья
СПВИ	Система предварительного возмещения издержек
ЧВ	частнопрактикующий врач
ФРГ	Федеративная Республика Германия
ВОЗ	Всемирной Организацией Здравоохранения
ВНП	Валовый внутренний продукт
НСЗ	Национальная система здравоохранения
КСГ	клинико-статистических групп
ДРГ	диагностически-родственные группа
АОП	Амбулатория общей практики

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения и экономика тесно связаны друг с другом. Здравоохранение потребляет часть валового национального продукта. Экономические достижения в обществе, уровень экономического развития, благосостояния существенно отражаются на состоянии здоровья населения. Здоровье населения является критерием качества народонаселения, с которым связаны оценка уровня образования и культуры, профессиональной подготовки, производительности труда. Здоровье нации – это способность к воспроизводству трудового потенциала, трудовых ресурсов, с чем связано увеличение производительных сил. В этом заключается непреходящая экономическая ценность для общества. Старение населения, распространение острых и хронических заболеваний, процессы инвалидности, наносят ущерб производительным силам общества, сказываются на экономическом развитии стран.

Охрана и укрепление здоровья населения представляет собой многогранную систему государственных, общественных, социально-экономических и медицинских мероприятий, в основе которых лежат профилактическая направленность, единство медицинской науки и практики, широкое использование достижений научно-технического прогресса, разработка и внедрение научно обоснованной системы мероприятий, осуществляемых органами государственного и местного самоуправления, позволяющих наиболее полно и результативно сочетать потребности населения в медицинской помощи лекарственным обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с экономическими возможностями ее удовлетворения.

Современное состояние здравоохранения в Казахстане характеризуется недостаточным ресурсным и финансовым обеспечением, низкой эффективностью деятельности лечебно-профилактических учреждений, неадекватным качеством медицинской помощи при наличии достаточной обеспеченности населения врачебными кадрами и больничными койками.

Переход региональных комплексов в РК на принципы рыночной экономики в условиях либерализации цен, высокого уровня инфляции и дефицита государственного бюджета остро ставят проблему выживаемости здравоохранения, находящуюся на бюджетном финансировании. Сегодня здравоохранение переживает серьезный кризис в связи:

- с недостатком финансовых и материальных ресурсов,
- низкой оплатой труда,
- отсутствием организационно-экономического механизма и т.д.

В этих условиях возрастает значение поиска адекватных форм социальной поддержки здравоохранения, в том числе реформирования организационно-хозяйственного механизма на принципах социальной рыночной экономики, обеспечивающих не только выживание данной сферы, но и дальнейшее развитие в рыночной среде.

ГЛАВА 1.

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Экономика здравоохранения в структуре современной экономической науки

Современная структура экономической науки в целом включает в себя ряд крупных разделов.

Первый раздел составляет экономика как базовая фундаментальная научная дисциплина. Экономическая теория - «экономикс», является родоначальницей всех других направлений научных исследований.

Второй раздел составляют отраслевые экономические науки (конкретные экономики). Их задача - исследовать особенности экономических процессов в отдельной отрасли или группе отраслей хозяйства. Экономика здравоохранения, как научная дисциплина, относится ко второму разделу.

Третий раздел включает прикладные экономические науки, рассматривающие проблемы отдельных практических задач, общих для всех отраслей хозяйства. К ним относятся: бухгалтерский учет, финансы, кредит, управление (менеджмент), и т.д.

Четвертый раздел составляют специальные экономические науки, развивающиеся на стыке экономики и различных гуманитарных и естественных наук. Например, экономическая география, экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и др.

Прикладные экономические науки привлекаются для экономических исследований здравоохранения на микроуровне, а специальные - для исследований на макроуровне.

Объект исследования дает экономике здравоохранения медицинская деятельность, которая осуществляется в определенных организационно-хозяйственных формах.

У экономической теории экономика здравоохранения заимствует понятия, методологию познания законов социально-экономического развития общества.

У гуманитарных наук экономика здравоохранения воспринимает определенную идеологию, мировоззрение.

Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности. Профессиональная сторона деятельности человека в здравоохранении представляет собой содержательный аспект медицинской деятельности

В связи с этим, экономика здравоохранения - комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области здравоохранения.

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

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

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

Макроэкономический уровень предполагает универсальные законы политического и социально-экономического устройства общества, генеральные принципы осуществления уставной деятельности медицинских организаций в существующей экономической системе.

На **мидиэкономическом** уровне исследуются хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, как отрасли экономики, состоящей из целого ряда подотраслей, производств и специализаций, связанных решением одной функциональной задачи - охраны и укрепления здоровья населения.

Микроэкономический уровень охватывает деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, предприятия, его звеньев и структур.

На микроэкономическим (практическом) уровне реализуются конкретные закономерности, связанные с существованием медицинской деятельности: финансирование, ценовой механизм, основы заработной платы, инвестиционной и инновационной политики, особенности медицинского труда. Управление трудом, оценка реального трудового вклада и эффективности труда медицинских работников, оплата и стимулирование труда персонала в соответствии с его качеством и результативностью являются одними из самых важных проблем микроэкономического анализа в здравоохранении.

Общая цель экономики здравоохранения - это изучение экономических отношений и хозяйственных контактов, объективно возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности. В рамках данной общей цели можно выделить конкретные задачи, стоящие перед экономикой здравоохранения, которые можно объединить в несколько проблемных групп.

Первая группа задач определяет, какие услуги здравоохранения, кому и с использованием каких организационно-правовых форм надо оказывать. В плане решения этих проблем экономика здравоохранения рассматривает условия и методы хозяйствования на всех стадиях лечебно - профилактического

процесса. Прежде всего, необходимо выявить: состав потенциальных пациентов, структуру их потребностей в медицинских услугах, финансовые возможности и в зависимости от этого определить хозяйственный тип своей профессиональной деятельности. В конечном итоге, важно определить, какое медицинское учреждение в каждом конкретном случае организовывать целесообразнее всего. Например, учреждение, решая вопрос о предоставлении новой услуги населению (массаж, проведение ультразвуковых исследований, косметологические услуги и др.), должна определить потребность в этих видах услуг, порядок привлечения пациентов (реклама, договор с другими медицинскими учреждениями, промышленными предприятиями и т.д.), порядок оказания услуг (платные услуги, услуги по договорам обязательного или добровольного медицинского страхования).

Вторая группа задач охватывает исследование ресурсной базы определенного вида медицинских услуг. В связи с этим экономика здравоохранения занимается изучением факторов хозяйственной деятельности в медицине (исследование материально-технической базы, выявление структуры подлежащих использованию ресурсов, определение состава и процентного соотношения основных и оборотных средств медицинского учреждения, особенностей их применения). Решается вопрос о кадровом обеспечении деятельности медицинского учреждения, определяется структура трудовых ресурсов и экономические формы привлечения квалифицированных специалистов к работе (трудовое соглашение, контракт, основное место работы или работа по совместительству, уровень оплаты труда и т.д.).

Третья группа задач связана с оплатой оказываемых услуг. Экономика здравоохранения использует различные возможности и виды инвестиционного процесса в данной отрасли. Свои средства в обеспечение функционирования и развития здравоохранения вкладывают следующие группы инвесторов:

- государство;
- страховые медицинские организации;
- сами пациенты.

Этим трем группам инвестиционных источников соответствуют и системы финансирования здравоохранения:

- бюджетная;
- страховая;
- частная.

С внедрением системы обязательного медицинского страхования, в Российской Федерации сформирован механизм смешанного бюджетно-страхового финансирования здравоохранения.

Четвертая группа задач предопределяет ожидаемые результаты профессиональной и экономической деятельности. При этом необходимо иметь представление об ***экономической оптимизации***, т.е. путях рационального использования:

- факторов медицинского труда;
- денежных средств;
- привлеченных работников различных специальностей и квалификации.

Пятая группа задач связана с определением полученного (фактического) результата деятельности лечебно-профилактического учреждения. Несмотря на всю неопределенность и непредсказуемость здравоохранения, подсчитать фактические результаты все же представляется возможным. Для этого экономика здравоохранения занимается разработкой экономической нормативной базы отрасли.

Эта нормативная база используется в следующих целях:

- во-первых, для определения стартовых условий функционирования того или иного лечебно-профилактического учреждения;

- во-вторых, для анализа текущего финансово-экономического положения конкретного медицинского учреждения или частнопрактикующего врача;

- в-третьих, система показателей применяется не только для фиксации экономического положения в каждый данный момент, но и для контроля за динамикой изменения тех или иных параметров деятельности медицинского учреждения;

- в-четвертых, такой же анализ может быть осуществлен применительно к отрасли в целом, подотрасли или региону;

- в-пятых, зная содержание анализируемых показателей, имея представление о методике расчетов, можно в целом определить изменение в состоянии здоровья населения или группы пациентов и осуществить социально-экономические коррективы.

Шестая группа задач состоит в управлении экономическими процессами в медицинских учреждениях. Экономическая деятельность должна быть управляемой и заключается в степени и условиях управляемости, а также в методах осуществления управленческой деятельности.

Седьмая группа идейно важных вопросов для модернизации системы здравоохранения.

Методы определения экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения использует широкий спектр методов познания:

1. Анализ и синтез.
2. Математические и статистические.
3. Балансовый.
4. Прогнозирование.
5. Экспериментальный.

Анализ и синтез. В процессе анализа мышление идет от общего к частному, то есть происходит расчленение исследуемого явления на его составляющие части и стороны. Синтез подразумевает интеграцию частных понятий, свойств в общее, для выявления наиболее существенных закономерностей.

Математические и статистические методы помогают вскрыть количественную связь экономических переменных. Вскрывая количественные изменения процессов, экономика здравоохранения исследует и переход количества в новое качество. Математический и статистический анализ только

тогда вскрывает реальные отношения, когда он тесно связан с качественным содержанием анализируемого предмета.

Балансовый метод представляет собой совокупность приемов экономических расчетов. Они используются для обеспечения строго определенного количественного соотношения между какими-либо составляющими, например: между потребностями и возможностями их удовлетворения (в том или ином виде медицинских услуг, медицинской технике, финансовых ресурсах), между доходной и расходной частями бюджета и т.д.

Метод прогнозирования представляет научное предвидение наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения, потребности общества в медицинских услугах, производственных возможностей медицины, направлений технического прогресса отрасли и т.д. Прогнозирование является предварительной стадией работы. Это позволяет предвидеть проблемы, которые потребуется решить для достижения каких-либо целей.

Экспериментальный метод представляет собой поиск тех или иных форм повышения эффективности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных медицинских учреждений и имеет большое практическое значение.

В современных условиях глобализации мировой экономики, неуклонный рост цен на медицинские услуги потребовал от многих стран решения проблемы эффективного использования дорогостоящих больничных коек. Особую актуальность в связи с этим приобрела идея дифференцированного обслуживания больных в стационаре, в том числе создание (перепрофилирование) лечебных учреждений кратко- и долгосрочного пребывания больных, формирование структурных подразделений больниц, различающихся по степени интенсивности в них лечения и ухода: делений (палат) интенсивного лечения и ухода, реабилитации; развертывание медико-социальных учреждений больниц сестринского ухода для хронических больных, престарелых и инвалидов. В основе такого перераспределения имеющихся коек лежат в первую очередь экономические факторы. Содержание одной койки в больнице обходится почти в 2—2,5 раза дороже, чем в доме сестринского ухода. Экономическая эффективность сестринских коек подтверждена результатами многочисленных зарубежных и отечественных исследований.

Интенсификация предоставляемой пациентам помог и соответствующее сокращение сроков их пребывания стационарах, организация широкой сети больниц (отделений) сестринского ухода, предоставление помощи населению непосредственно на дому при условии ее щей квалификации сестринских кадров являются для сии одним из возможных путей сохранения объемов медицинской и медико-социальной помощи населению и значительной степени одним из реальных способов решения экономических проблем здравоохранения.

Проведенный в различных странах анализ многолетних исследований по выявлению наиболее потребностей в сестринской помощи свидетельствует о универсальном характере и абсолютном совпадении этих потребностей во всех

регионах мира. Высокопрофессиональные сестринские кадры повсеместно имеют решающее значение для эффективной и рациональной деятельности служб здравоохранения в четырех основных направлениях:

1) профилактическая помощь населению;

2) лечебно-диагностическая помощь (около 80% медицинских сестер работают в больницах, мониторинг состояния пациента, работа на современной медицинской аппаратуре, принятие профессиональных решений и обеспечение всестороннего ухода являются отражением качества медицинской помощи в лечебном учреждении);

3) реабилитационная помощь и медико-социальная помощь хронически больным, старикам и инвалидам;

4) оказание медико-социальной помощи инкурабельным и умирающим пациентам.

Виды эффективности здравоохранения.

Экономика здравоохранения изучает условия и факторы, обеспечивающие максимальное удовлетворение потребностей населения в товарах и услугах, необходимых для сохранения, укрепления, восстановления здоровья, при минимальных затратах. Экономисты осуществляют анализ:

1. влияния здоровья населения на экономическое развитие страны, регионов, производство и т.д.;
2. экономического эффекта:

- лечебно-профилактического обслуживания,
- профилактики,
- диагностики, лечения,
- реабилитации,
- ликвидации заболеваний,
- снижения нетрудоспособности и смертности новых методов,
- технологий,
- организационных мероприятий,
- программ и т.д.

Одним из важнейших понятий экономики здравоохранения, предметом экономического анализа является эффективность.

В здравоохранении различают:

1) медицинскую,
2) социальную
3) и экономическую эффективность.

Медицинская эффективность - это степень (эффект) достижения поставленных задач, т.е. четырех основных видов медицинской деятельности:

- в области профилактики,
- диагностики,
- лечения,
- реабилитации.

Всемирная организация здравоохранения рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно-техническим уровнем.

Социальная эффективность - имеет более широкий смысл, хотя она тесно и непосредственно связана с медицинской эффективностью. Социальная эффективность характеризуется динамикой общественного здоровья, критериями социальной эффективности являются показатели общественного здоровья.

Экономическая эффективность - определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, когда важнейшей проблемой становится достижение максимального результата при минимальных затратах.

О методике экономического анализа деятельности ЛПУ

Оценке медицинской деятельности вполне обоснованно отводится центральное место в комплексе основных управленческих функций. Рациональная, научно обоснованная реализация оценочной функции обеспечивает выполнение главного условия эффективного управленческого воздействия - формирование информационной базы системы управления. Научно обоснованная система оценки медицинской деятельности должна иметь четко определенный методологический фундамент, представленный общей теорией систем, общей теорией управления и ее многочисленными производными, квалиметрическими принципами и методиками. Точное следование главным теоретическим положениям и принципам, составляющим методологическую основу оценочной деятельности, - одно из обязательных условий успешности разработки и практического применения оценочных систем. Крайне важно учитывать это обстоятельство при организации оценочной деятельности на уровне конкретного объекта.

При оценке ЛПУ проводится: оценка эффективности использования больничных коек и эффективности работы персонала.

Для анализа первого показателя выбираются такие входные переменные:

1) общее число пролеченных больных,
2) количество коек в ЛПУ,
3) затраты (зарплата, начисления на зарплату, затраты на питание и медикаменты на одного пролеченного и др.).

В качестве выходных переменных берётся количество пролеченных больных и средняя длительность лечения. После проведения расчетов по модели получается значение интегрального показателя эффективности использования коечного фонда в ЛПУ. При оценке эффективности работы персонала ЛПУ

1) *в качестве входных переменных берётся*:

– количество врачей,
– количество среднего медицинского персонала,
– количество младшего медицинского персонала,
– количество прочего персонала,

2) *в качестве выходных переменных* - такие, как общее число пролеченных больных и количество коек в ЛПУ.

Проблемы ценообразования на медицинские услуги

В рыночной экономике важнейшей проблемой является ценообразование, так как от ее рационального решения зависят реальные доходы, а следовательно, и возможности медицинских учреждений. Ценообразование связано с финансированием, которое обеспечивает производителям медицинских услуг и товаров медицинского назначения возможность продавать товары и услуги по соответствующим ценам. Возможность нормального рыночного ценообразования в здравоохранении определяется соотношением стоимости товаров и услуг и возможностями финансирования их оплаты из различных источников, разрешенных законом. Цена - денежное выражение стоимости товара, плата. Так как здравоохранению Казахстане предстоит функционировать в рыночной экономике, необходимо рассмотреть основы механизма рыночного ценообразования применительно к возможности его использования в здравоохранении. Рыночный механизм ценообразования не отрицает предварительного расчета цен на основе моделей ценообразования.

Для производителей продукции, товаров и услуг (к которым относятся и учреждения здравоохранения) предварительная расчетная ценовая прикидка необходима, чтобы не "прогореть" в процессе реализации. Как считают специалисты по рыночной экономике, знание методов расчета цен необходимо еще и потому, что путь Республики экономики к рынку весьма долог, и на этом пути цены, определяемые путем расчета и насаждаемые сверху, не скоро уступят свои позиции. Кроме того, неизбежное государственное регулирующее воздействие на цены также должно опираться на использование моделей ценообразования. Сказанное вполне относится к здравоохранению, для которого государство остается, в соответствии с источниками реального финансирования, основным "покупателем" товаров и услуг. В экономике здравоохранения цены выполняют учетную, распределительную, стимулирующую функции. В условиях развитого рынка действуют определенные принципы ценообразования:

- цена должна отражать необходимые затраты труда на производство товаров и услуг, их потребительские свойства и качества;
- цена должна обеспечивать компенсацию затрат и получение прибыли нормально работающему товаропроизводителю;
- цена должна стимулировать снижение затрат;
- цена должна стимулировать улучшение качества продукции, товаров и услуг.

При оплате медицинских услуг и для финансирования учреждений здравоохранения в современной Казахстане используются:

- бюджетные оценки медицинских работ,
- прейскурантные (тарифные) цены на палатные медицинские услуги, тарифы на медицинские услуги по программам обязательного медицинского страхования,

– договорные цены. Законом пока не предусмотрено использование свободных цен на легитимном рынке медицинских услуг. Наиболее близки к свободным, рыночным ценам договорные цены, которые используются в коммерческой медицине и в добровольном медицинском страховании.

Контрольные вопросы

1. Перечислите разделы современную структуру экономической науки.
2. Что дает объект исследования в экономике здравоохранения?
3. Общая цель экономики здравоохранения. Определите их проблемные группы.
4. Методы определения экономики здравоохранения.
5. Виды эффективности здравоохранения в сфере экономики.
6. Определите методику экономического анализа деятельности ЛПУ.
7. Современные проблемы ценообразования на медицинские услуги.

1.2 Место и роль здравоохранения в общественном производстве

Здравоохранение – важнейшая социальная сфера общества. От ее состояния зависит не только здоровье, но зачастую и жизнь человека. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения.

В Казахстане более половины населения проживает в крайне неблагоприятной экологической обстановке, связанной с загрязнением окружающей среды выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта, пользуется недоброкачественной питьевой водой. Отмечается рост профессиональной заболеваемости, связанной с неудовлетворительными условиями труда и плохой информированностью работников и работодателей о правах и обязанностях каждого из них, санитарно - гигиенических нормах и правилах. Здоровье - показатель национального престижа, стабилизирующий фактор доверия ко всем ветвям власти, органам управления и политико-экономической системе в целом. В здоровье не только благополучие индивидуума и семьи. Здоровье- необходимое условие высокого трудового потенциала, показатель уровня культуры, наиболее яркий критерий эффективности государственного управления. Результаты медицинской деятельности приносят огромный положительный экономический эффект. Сегодня позиция признания здоровья как высшего национального приоритета государства находит не только правильное понимание, но и твердую поддержку руководства Казахстане. В связи с этим одной из стратегических задач в области социальной политики является охрана и укрепление здоровья населения.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в учеными медицинской и экономической наукой разработаны основные направления развития системы здравоохранения.

Например, в условиях глобализации ВОЗ действуют основные направления развития системы здравоохранения:

– внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения;

– повышение финансирования здравоохранения до 6-7% от валового внутреннего продукта;

– повышение эффективности использования медицинских ресурсов и медицинских технологии и оборудовании;

– совершенствование правового регулирования медицинских услуг и их экономической эффективности;

– развитие негосударственного сектора системы здравоохранения.

В связи с этим, перевод здравоохранения на рыночные экономические отношения ставит проблему толкования медицинской услуги как товара.

Здесь ничего не меняет тот факт, что финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет государственного бюджета и государственного внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования. Фактически это означает лишь то, что государство закупает продукцию отрасли здравоохранения – услуги и распределяет между населением.

В рамках проекта ТАСИС «Реформа финансирования здравоохранения» разработаны важнейшие направления реформирования системы финансирования здравоохранения РК в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, которые включают в себя различные модули медицинских услуг. Система здравоохранения является стратегической отраслью в сфере экономики народного хозяйства, обеспечивая воспроизводство населения, социальные гарантии, здоровье граждан .

В связи с переходом на принципы рыночной экономики в здравоохранении встал вопрос о внедрении финансового менеджмента, предполагающего оптимизацию ресурсного потенциала. Основная задача финансового менеджмента – создание финансовой устойчивости как системы в целом, так и отдельных ее элементов, что требует знания и соблюдения основных принципов финансового менеджмента- планирования, управления финансирования и контроля.

В современных условиях экономики здравоохранения необходимо провести реформу финансирования системы здравоохранения:

1. Реформа системы формирования финансовых ресурсов здравоохранения;
2. Реформа системы распределения финансовых ресурсов здравоохранения;
3. Совершенствование системы оплаты медицинских услуг;
4. Реформа системы правового регулирования в здравоохранении;

5. Совершенствование ценообразования и формирования структуры затрат в здравоохранении;

6. Совершенствование системы капитальных вложений в здравоохранении;

7. Реформа системы бухгалтерского учета в здравоохранении;

8. Реформа аудита в здравоохранении.

И в зависимости от того, чему отдается предпочтение –экономической эффективности или социальной справедливости, во многом определяется модель, тип финансирования и хозяйствования в здравоохранении.

В финансировании и управлении здравоохранением существует большое число проблем, требующих решения. Размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств обязательного медицинского страхования не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами, не создана конкуренция на рынке медицинских услуг, не изменена система оплаты медицинских работников, не преодолена разобщенность действий структур, ответственных за здоровье населения, не соответствует современным требованиям материально-техническая база медицинских учреждений. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. В отрасли растет социальная напряженность. Все более широкое распространение получает теневая сторона оплаты медицинских услуг. Новые социально-экономические условия, обусловленные рыночными отношениями, требуют реформирования и системы здравоохранения.

Контрольные вопросы

1. Реформу финансирования системы здравоохранения в условиях рынка.
2. Услуги здравоохранения и их некоторые экономические особенности.
3. В условиях глобализации ВОЗ какие основные направления действуют на развития системы здравоохранения?
4. Почему здравоохранение является важнейшей социальной сферой общества?

1.3 Особенности экономического планирования деятельности учреждений здравоохранения

Планирование в здравоохранении – это обоснование и разработка определенного соотношения потребностей населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно – противоэпидемическом обслуживании с возможностями их удовлетворения. Алгоритм экономического планирования в здравоохранении представлены на рисунке 1.

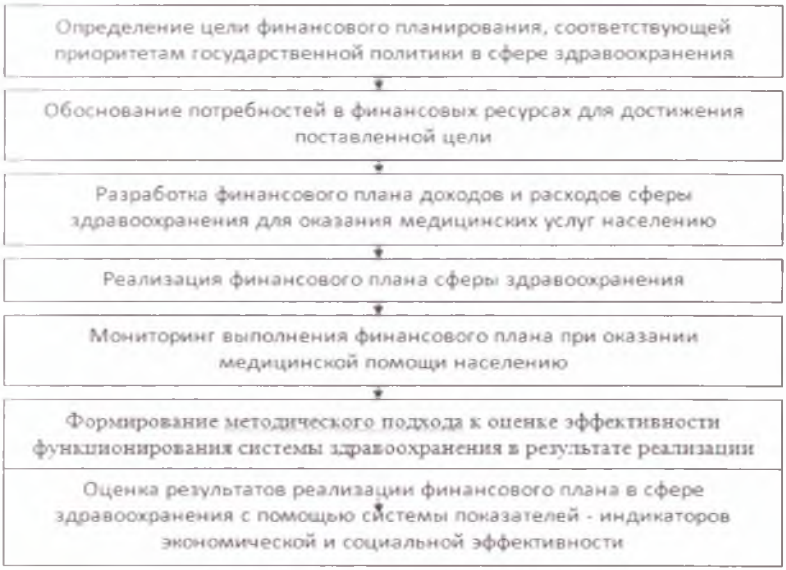


Рисунок 1 - Алгоритм экономического планирования в сфере здравоохранения.

Руководителями (менеджерами) высшего звена называют руководителей, отвечающих за решения для организации в целом или для значительной части этой организации (например, на уровне здравоохранения РК или субъекта РК).

Руководители в организации, находящиеся непосредственно над уровнем неуправленческого персонала, называются линейными руководителями или руководителями (менеджерами) низшего звена (например, заведующие кабинетами или отделениями в медицинских учреждениях).

Для современного менеджмента в здравоохранении характерны децентрализация, сосредоточение большей ответственности на низких уровнях управления, и, прежде всего на рабочих местах. В связи с этим знание основ технологии управления становится необходимым не только для профессиональных менеджеров, но и для рядовых сотрудников. Технология управления представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности. Последовательность действий, приводящих к цели называют алгоритмом управления. Эту последовательность можно связать с главными функциями управления - планированием, организацией, руководством и контролем.

Планирование включает сбор, хранение, обработку, анализ информации (первая часть управленческого цикла), разработку альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения (вторая часть управленческого цикла). Методы планирования: аналитический, нормативный, бюджетный,

метод соотношений и пропорций, эксперимента и моделирования, особое внимание при планировании уделяется системному и ситуационному подходу и экономическому анализу. Современное планирование принято называть программно-целевым, так как в его основе должна быть целевая программа, конкретные обоснованные мероприятия, обеспечивающие достижение поставленной цели с минимальными издержками.

Организация - это создание условий для реализации принятых управленческих решений, выполнения планов и программ, обеспечение необходимых для этого финансовых, материально-технических, информационных и других ресурсов.

Руководство - это создание, у выполняющих управленческие решения людей, мотивов для их реализации. На этом этапе применяются организационно-распорядительные методы (приказы, рекомендации, указания, разрешения, санкционирование), экономические методы, премирование, экономическое стимулирование, различные формы хозрасчета (социально-психологические методы, поощрение, наказание, формирование общественного мнения и т.д.).

Контроль - позволяет осуществлять обратную связь, завершает цикл управления, текущий контроль позволяет корректировать решения и их реализацию в соответствии с ситуацией.

Планирование и контроль связаны с информацией, ее сбором, хранением, обработкой, анализом. Эту работу возможно и целесообразно автоматизировать.

В качестве нормативов объемов стационарной медицинской помощи Программой установлены следующие показатели:

Средний норматив койко - дней на 1000 жителей. Показатель представляет собой сумму произведений показателей уровня госпитализации на 1000 населения по профильным отделениям на соответствующие показатели средней длительности пребывания больного в профильном отделении стационара и определяется по формуле:

$$\text{n к/д} = \text{SUM (Уг x Тдл)}, (1,2)$$

где Уг - уровень госпитализации по профильным отделениям;

Тдл - длительность пребывания больного в профильном отделении.

Например, в среднем средний норматив койко-дня устанавливается в размере 2812,5 койко-дней на 1000 жителей, уровень госпитализации Уг = 196,0 на 1000 жителей; средняя длительность пребывания 1-го больного в стационаре Тдл = 14,3 дня.

При расчетах нормативов принимаются следующее соотношение взрослых и детей в структуре населения: 22% (коэффициент 0,22) - дети; 78% (коэффициент 0,78) - взрослые.

Распределение норматива койко - дней по уровням оказания медицинской помощи (клиническому, городскому, районному) проводится на основе критериев, принятых в системе лицензирования учреждений и распределения

их по категориям, т.е. к клиническому уровню относятся учреждения областного, республиканского и государственного уровней с высокой степенью фондооснащенности и специализации медицинской помощи.

Особенностью нормативов, распределенных по уровням оказания медицинской помощи, состоит в их ресурсные организующей и ресурсосберегающей роли. Именно такой подход позволит рационально распределить не только коечный фонд по иерархическим уровням организации медицинской помощи, но и сбалансировать необходимые финансовые поступления в учреждения разного уровня путем умножения стоимости койко - дня по каждому профилю на планируемое число койко - дней по данному профилю.

Средние показатели числа койко - дней госпитализации подлежат коррекции с учетом заболеваемости и демографического состава населения субъекта Казахстан.

В качестве норматива объема амбулаторно - поликлинической помощи установлено количество посещений "Vi" на 1000 жителей в год. В нормативе учитывается помощь, оказываемая территориальными поликлиниками, стоматологическими поликлиниками, специализированными поликлиниками, специализированными диспансерами, диагностическими центрами.

Средний норматив устанавливается 9198 посещений в год на 1000 жителей и подлежит коррекции с учетом заболеваемости и демографического состава субъекта Казахстан.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи включают все статьи расходов согласно бюджетной классификации и скорректированы по индексу - дефлятору к ВВП - норматив затрат на один койко - день в стационаре Sкд = 262,9 т;

- норматив затрат на одно посещение амбулаторно - поликлинического учреждения Sv = 44,9 т;

-средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи - 408,1 тенге.

Для расчета данных по профилям отделений и специальностей необходимо полученные средние стоимости перемножить на относительные коэффициенты стоимости одного койко - дня (Rki) и одного посещения (Rvi), которые будут повышать или понижать средний Базовый уровень стоимости одного койко-дня и одного врачебного посещения в зависимости от профиля отделения и уровня оказания медицинской помощи (клинического, городского, районного).

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, обеспечивающих реализацию государственных, муниципальных медицинских услуг (далее - территориальные нормативы финансовых затрат), должны обеспечивать покрытие всех затрат медицинских учреждений по всем статьям расходов на оказание гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи из всех источников финансирования, предоставляемой в порядке и на условиях Территориальной программы. При

расчете территориальных нормативов финансовых затрат учитывается реальность обеспечения нормативной загрузки действующей сети амбулаторно - поликлинических и стационарных учреждений в соответствии с рекомендуемыми Минздравом Казахстане нормами нагрузки учреждений, адаптированными к местным условиям.

Проводится коррекция средних нормативов стоимости койко - дня и врачебного посещения путем умножения их на поясные и региональные индексы, которые приводятся по данным Минэкономики Казахстане, используемым при прогнозировании социально - экономического развития Республики Казахстан на расчетный период.

Структура расходов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи является ориентировочной, ненормативной и должна корректироваться на местах в зависимости от социально - экономического состояния субъекта Республики Казахстан, уровня цен и т.п.

Примерная структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи приведена в таблице 1.

***Таблица 1.**- Примерная структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (в процентах)*

Наименование статей расходов бюджетов РК	Затраты на скорую медпомощь (один вызов)	Затраты на амбулаторно-поликлиническую помощь (одно посещение)	Затраты на стационарную помощь (один койко-день) (1посещение)	Затраты на диагностические услуги	
				В поли-клинике	В стацио-наре
Оплата труда	34,0	41,1	13,1	10,0	11,0
Начисления на оплату труда	13,1	15,8	5,0	3,0	4,0
Медикаменты и перевязочные средства	2,6	10,2	25,5	51,0	48,0
Продукты питания	-	-	12,3	-	-
Мягкий инвентарь и обмундирование	0,8	0,3	1,7	2,0	1,0
Оплата коммунальных услуг	16,7	21,8	17,0	5,0	6,0
Приобретение оборудования и предметов длительного пользования	27,0	2,5	18,3	23,0	20,0

Капитальный ремонт	5,8	8,3	7,1	6,0	10,0
ВСЕГО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Свободный расчет стоимости территориальной программы проводится по формуле:

Стпг =SUM /(Вс/п* Sвс/п) + (пк/д*Sк/д)+(V*S)+(Дс*Sд/с)//1000*N + затраты на другие виды медпомощи АУП системы ОМС .2)

Где Стпг - стоимость территориальной программы государственных гарантий;

В с/п - норматив числа вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей;

Sвс/п - расчетный территориальный норматив финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи;

in к/д - норматив числа койко/дней на 1000 жителей;

Sк/д - расчетный территориальный норматив финансовых затрат на один койко-день;

Vi - норматив числа посещений на 1000 жителей;

Sv - расчетный территориальный норматив финансовых затрат на одно врачебное посещение;

Дс - норматив числа дней лечения в дневных стационарах;

Sд/с - расчетный территориальный норматив финансовых затрат на один день пребывания в дневном стационаре;

N - среднегодовая численность населения по прогнозу Министерства экономики Республики Казахстан (соответственно субъекта Республики Казахстан) на расчетный период.

При наличии достаточных финансовых возможностей в Территориальных фондах обязательного медицинского страхования субъектов Республики Казахстан (далее – ТФОМС) предлагаемый вариант расчетов Территориальной программы может быть расширен. Для определения реалистичности Программы и ожидаемых объемов финансирования следует провести анализ фактически сложившейся ситуации по данным статистических и финансовых отчетов и сравнить их с расчетной программой. Сопоставление позволит выявить расхождения (дефицит или избыток) по отдельным группам показателей и максимально сбалансировать потребности и возможности в финансировании Программы за счет "собственных" финансовых источников.

При планировании деятельности учреждений здравоохранения на микроуровне используются следующие формулы, отраженные в таблице 2.2

Таблица 2 - Формулы, используемые для планирования деятельности учреждений здравоохранения

Наименование показателя	Формула	Составляющие
Среднегодовое количество коек	Кср = К н + (К к – К н) n/12,	Где Кср – среднегодовое количество коек; Кн - количество коек на начало года; Кк -количество коек на конец года; n - число месяцев функционирования вновь развернутых коек.
Количество койко-дней	Ккд = Чк * Кср,	Где Ккд -количество койко-дней; Чк – число дней функционирования койки в год; Кср – среднегодовое количество коек.
Годовой фонд заработной платы	ФЗПг = Кср * ЗПк,	Где ФЗПг – годовой фонд заработной платы, ЗП - средняя заработная плата на одну койку в год.
Расходы на медикаменты	Рм = Nр * Ккд,	Где Рм – расходы на медикаменты в стационарах; Nр – норма расходов на медикаменты; Ккд – количество койко-дней.
Расходы на канцелярские и хозяйственных нужды	Ск = Nр * Кср,	Где Ск – сумма канцелярских и хозяйственных расходов, Nр – норма расходов на одну койку в год. Кср – среднегодовое количество коек.
Расходы на мягкий инвентарь	Рми = Рднк + Рдк,	Где Рми - расходы на мягкий инвентарь; Рднк - расходы на дооборудование новых коек; Рдк -расходы на оборудование прежних коек.
Расчет прироста коек	Пк = Кк – Кн,	Где Пк – прирост коек за год;
		Кк – количество коек на конец года; Кн – количество коек на начало года.
Расходы на дооборудование новых коек	Рднк = Пк * Nднк,	Где Рднк – расходы на дооборудование новых коек, Nднк – норма расходов на дооборудование одной койки.

Далее определяется свод всех расходов:

Ср = ФЗП + Нфзп + Срм + Срк + Срп +Сми, (2.3)

Где Ср – общая сумма расходов,

ФЗП – фонд заработной платы и административно – управленческого персонала;

Нфзп – начисления на фонд заработной платы;

Срм – общая сумма расходов на медикаменты;

Срх – сумма хозяйственных и канцелярских расходов;

Срп – сумма расходов на питание;

Сми – сумма расходов на мягкий инвентарь.

Итог сметы – свод затрат по всем статьям расходов.

При составлении сметы медицинского учреждения используются материалы экономического анализа исполнения смет за предшествующие один – три года. Выводы по материалам анализа позволяют уточнить размеры отдельных расходов, некоторые расчетные нормы, выявить динамику показателей и установить влияние различных факторов на отклонение по статьям сметы расходов. При условии инфляционного роста размер показателей может корректироваться на коэффициент инфляционных ожиданий по согласованию с вышестоящими органами управления здравоохранением. Исходя из вышеизложенного отметим следующее:

- нормативная база, используемая для планирования деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях, унаследована от командно-административной системы управления здравоохранением;

- старые стоимостные нормативы не пересматривались много лет и механически корректируются с помощью индексов – дефляторов, причем рассчитанных для экономики в целом;

- потребности в финансировании, рассчитанные вышеуказанным способом даже на основе несовершенной нормативной базы, оказываются существенно выше тех финансовых ресурсов, которые выделяются Министерству здравоохранения Республики Казахстан и корректируются им в сторону уменьшения.

Сметное планирование воспроизводит затратный тип хозяйствования и не создает у учреждения стимулов к более рациональному использованию ресурсов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует на охрану здоровья населения расходовать не менее 6-6,5 % от валового внутреннего продукта. Развитые страны Западной Европы, Япония расходуют на цели здравоохранения 8-10 % валового внутреннего продукта, а Соединенные Штаты Америки – свыше 13% ВВП. Расходы на здравоохранение в США в несколько раз превышают соответствующие расходы на оборону страны. Данные приведены в таблице 3

Таблица 3 - Общие расходы на здравоохранение к ВВП в зарубежных странах в 2014-2016 годах в процентах

Страна	2014	2015	2016
США	12,9	13,0	13,0
Германия	10,6	10,7	10,6
Франция	9,3	9,4	9,5
Великобритания	6,8	7,1	7,3
Чехия	7,1	7,2	7,2
Венгрия	6,9	6,8	6,8

Из приведенных данных видно, что общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП в развитых странах и даже в странах с переходной экономикой значительно выше, чем в Республики Казахстан.

Проектом Государственного закона «О здравоохранении в Республики Казахстан», который был принят в первом чтении еще в 1999 году, предусматриваются расходы на здравоохранении в размере не менее 5% от ВВП. Вероятно, в связи с тем, что нет реальной финансовой базы для исполнения этого закона, он не принят до сих пор, хотя основополагающие законодательные акты в области здравоохранения уже не отражают реалий современной действительности.

Государственные расходы государственного бюджета на здравоохранение в 2016 году в приоритетном порядке будут направляться на мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья, охрану материнства и детства, снижение уровня управляемых инфекций за счет вакцинации населения, и в первую очередь детей, стабилизацию социально обусловленных заболеваний.

На реализацию государственной политики в здравоохранении направлены государственные программы: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», включающая подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Казахстане», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Анти-Вич/СПИД», «Дети Казахстане», в том числе подпрограмма «Безопасное материнство»; «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту»; «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Республики Казахстан». В условиях недостаточного финансирования здравоохранения все большее значение приобретает реализация целевых программ в области охраны здоровья населения. Программно-целевое управление позволяет не только концентрировать ресурсы на приоритетных направлениях, но и осуществлять комплексный подход к решению наиболее актуальных проблем в здравоохранении на основе межотраслевого взаимодействия.

Государственные программы в области здравоохранения стимулируют участие органов исполнительной власти субъектов Республики Казахстан в решении насущных проблем охраны здоровья населения на своих территориях на основе софинансирования или принятия и реализации собственных аналогичных программ. Механизм участия территориальных органов власти в

медицинских целевых программах может реализовываться в рамках трехсторонних соглашений между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Государственным Фондом обязательного медицинского страхования и органа исполнительной власти субъекта Республики Казахстан. В связи с этим можно говорить о стимулирующим характере государственных целевых программ, способных привлечь дополнительные финансовые и материальные ресурсы для достижения особо значимых целей в области охраны здоровья населения.

Контрольные вопросы

1. Как проводится корректировка на коэффициент инфляционных ожиданий для сетных расходов?
2. Какие нормативы ВОЗ рекомендует на охрану здоровья населения расходовать от валового внутреннего продукта стран?
3. Формулы, используемые для планирования деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формулы для определение свода всех расходов медицинских учреждении.
5. Определите примерную структуру финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (в процентах).
6. Как рассчитывается свободный расчет стоимости Территориальной программы?
7. Решите задачу средний норматив койко - дней на 1000 жителей.
8. Основные принципы планирования в здравоохранении.

1.4 Определение эффективности в экономике здравоохранении

Понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства. В здравоохранении даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники может быть «нулевой» и даже «отрицательный» результат.

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости данной отрасли в развитии общества. В целом, на уровне народного хозяйства, эффективность здравоохранения выражается степенью влияния и воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышением производительности труда, в предотвращении расходов на здравоохранение и расходов по социальному страхованию и социальному обеспечению, в экономии затрат в отраслях материального производства и непроизводственной сферы, увеличением прироста национального дохода.

Эффективность здравоохранения, его служб и отдельных мероприятий измеряется совокупностью критериев и показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону процесса медицинской деятельности.

Расчет показателей эффективности здравоохранения производится по следующим направлениям:

1. По виду эффективности: медицинская; социальная; экономическая.

2. По уровню: уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень народного хозяйства.

3. По этапам или разделам работы: на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации.

4. По объему работы: эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ.

5. По способу измерения результатов: через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты.

6. По затратам: по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.

7. По форме показателей: нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.

Эффективность здравоохранения не может быть определена однозначно. Применительно к здравоохранению определяются **три типа эффективности:** медицинскую; экономическую; социальную.

В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность. Существует взаимосвязь и взаимообусловленность между медицинской, социальной и экономической эффективностью.

Под понятием «эффективность» понимается степень достижения конкретных результатов.

Медицинская эффективность - это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Медицинское вмешательство может быть более результативным, если научный уровень и практика его проведения обеспечи-

вают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов. Но даже при идеальном качестве медицинского труда может быть не достигнута конечная цель-здоровье человека.

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Экономическая эффективность - это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Особенность здравоохранения заключается в том, что нередко медицинские мероприятия лечебного и профилактического характера могут быть экономически невыгодны, однако медицинский и социальный эффект требует их проведения. Так, при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью и т.п. при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным. При использовании современных медицинских препаратов, интенсивной терапии и реанимации достигается медицинский и социальный эффект – сохраняется человеку жизнь, однако он может стать инвалидом и лишиться возможности заниматься общественно-полезным трудом.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения, организационных форм оказания медицинской помощи. Однако критерии экономической эффективности – наряду с медицинской и социальной эффективностью – могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Особенностью здравоохранения является то, что труд, затраченный на оказание медицинской помощи, может быть меньше труда, сэкономленного благодаря этой помощи. Например: выздоровление трудоспособного работни, которое будет означать уменьшение потерь национального дохода от не до произведенной продукции, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время, выздоровление нетрудоспособного пенсионера или инвалида не принесет экономического эффекта, более того, будет означать допол-

нительные потери в связи с необходимостью выплаты пенсии по старости или пособия по инвалидности.

В медицине нет четкой взаимосвязи между количеством затраченного врачом труда и конечным результатом. Не всегда сэкономленный за счет восстановления здоровья труд больше вложенного врачом на одну и ту же величину. Например, при одинаковой патологии на пожилого человека будет затрачено больше времени и средств, чем на молодого, а результат может быть неоднозначным.

Для понимания особенностей проявления экономической эффективности в здравоохранении большой интерес представляет анализ эффективности последовательных затрат труда медицинских работников. Наиболее эффективными являются первоначальные затраты труда на уровне, обеспечивающем перелом в ходе болезни. Последующие затраты способствуют ускорению выздоровления, но в принципе, они уже не являются столь же эффективными, как первоначально.

Знание экономической эффективности лечения и предупреждения заболеваний позволяет получить информацию о затрачиваемых средствах, что, в свою очередь, более точно позволяет определить нормативы финансирования.

Методические подходы к определению экономической эффективности здравоохранения основываются, прежде всего, на определении стоимости отдельных видов медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания, а также величины ущерба, наносимого теми или иными заболеваниями. Стоимостные показатели медицинской помощи служат исходными для соизмерения затрат и экономического эффекта при определении экономической эффективности здравоохранения. В конкретных расчетах эта эффективность может измеряться частным от деления суммы, отражающей выгоду (экономический эффект) данного мероприятия, на сумму расходов на него.

Экономический эффект – это предотвращенный экономический ущерб, то есть тот ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий.

Экономический эффект находится как разница между экономическим ущербом вследствие заболевания или смертности до и после применения лечебно-профилактических мероприятий.

Выделяют также прямой и косвенный экономический эффект.

Прямой экономический эффект обусловлен улучшением методики или организации того или иного мероприятия, ведущим к его удешевлению. Например: внедрение новых форм организации труда медицинских работников и оказания медицинской помощи (отделение сестринского ухода, стационар одного дня, стационар на дому, дневной стационар) ведет к экономии коечного фонда. Применение более дешевых и эффективных методов диагностики и лечения позволяет снизить стоимость лечения больного и стоимость одного койко-дня.

Косвенный экономический эффект является следствием медицинского и социального эффекта, то есть это результат улучшения профилактики и лече-

ния, что в конечном счете ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств на борьбу с заболеваниями и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью.

Следует различать экономический фактический и ожидаемый эффект.

При планировании того или иного мероприятия мы имеем дело с ожидаемым эффектом. При ретроспективной оценке результатов рассчитывается фактический эффект.

Различают также прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб – это прямые затраты на лечение, *профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание*, научные разработки, подготовку медицинских кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности.

Косвенный экономический ущерб – это экономические потери, связанные со снижением производительности труда, непроизведенной продукцией и снижением национального дохода на уровне народного хозяйства в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди работоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работник, утративший трудоспособность, не участвует в производстве общественного продукта, а общество затрачивает на него свои ресурсы в форме пособий, пенсий, медицинского обслуживания, обучения инвалидов, в связи с переквалификацией, и различного рода льгот социального характера. Если инвалид сохраняет частичную трудоспособность и продолжает работать по специальности или на работе, оплачиваемой не ниже прежней, то народнохозяйственные убытки будут меньше, так как они не включают потери, связанные с не производством новой стоимости.

Если в результате частичной потери трудоспособности инвалид переходит на менее оплачиваемую работу, то условно можно принять, что производимый им за год национальный доход уменьшится, по сравнению с прежней величиной, в той мере, в которой годовая заработная плата меньше зарплаты на прежней работе. Инвалидность наносит ущерб как обществу в целом, так и семье больного. Этот ущерб проявляется в течение ряда лет после получения инвалидности до восстановления трудоспособности, достижения пенсионного возраста или наступления смерти.

Наряду с временной или стойкой утратой трудоспособности значительный экономический ущерб приносит смерть в работоспособном возрасте или до его наступления.

Расчеты экономического эффекта сохранения жизни являются лишь ориентировочными, поскольку в качестве исходных данных берутся средние показатели продолжительности жизни и ее трудоспособного периода, а среднегодовое производство национального дохода на одного работающего и средние выплаты из общественных фондов потребления условно принимаются неизменными за весь период жизни без учета темпов роста.

В экономический ущерб в результате инвалидности или смерти человека включается, как правило, тот объем продукта, который был бы произведен им в

случае сохранения трудоспособности или дожития до пенсионного возраста. При более точных расчетах из этой суммы вычитаются средства, идущие на потребление человека до конца жизни.

В связи с различием возрастного ценза выхода на пенсию экономический ущерб рассчитывается отдельно для мужчин и женщин.

Показатели эффективности должны отвечать следующим требованиям: - иметь количественное выражение; быть простыми в расчете; иметь доступную и надежную информационную базу.

Рассчитывают следующие показатели экономического ущерба:

1.Структура экономического ущерба в расчете на одного человека для работающего населения.

2. Структура экономического ущерба в расчете на одного человека для неработающего населения

3. Экономические потери от инвалидности.

4. Народохозяйственные потери от преждевременной смертности.

Расчет экономического эффекта, в любом случае, находится как разница между экономическим ущербом до применения медицинской программы и после нее и включает следующие показатели:

1.Модифицированный показатель экономического эффекта в результате снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности (заболеваемость работающего населения).

2. Экономический эффект в результате сокращения сроков лечения всего населения.

3. Экономический эффект от снижения инвалидности.

4. Экономический эффект, который получает общество в результате трудовой деятельности человека.

5. Ориентировочный экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста.

Как было отмечено выше, экономическая эффективность – это соотношение экономической выгоды, полученной в результате внедрения каких-либо лечебно-профилактических мероприятий и затрат на эти мероприятия.

Экономическая эффективность здравоохранения рассчитывается по формуле:

Экономический эффект

Экономические затраты, связанные с медицинской программой

Медицинская эффективность рассчитывается по формуле:

Число случаев достигнутых медицинских результатов

Км = ----------

Число оцениваемых случаев

Социальная эффективность рассчитывается по формуле:

Число случаев удовлетворенности пациента медицинской помощью

Кс = ----------

Число оцениваемых случаев

При оценке полученных показателей эффективности можно исходить из следующих критериев:

1) эталона показателя, к которому должны стремиться работники системы здравоохранения (К=1), а в случае экономической эффективности (К>1);

2) среднего показателя для лечебно-профилактического учреждения, отделения, региона в целом;

3) динамики данного показателя у конкретного врача, в отделении, в лечебно-профилактическом учреждении .

Тем не менее ряд показателей эффективности медицинских услуг не представлен в рамках системы государственной статистики. Такие показатели относятся прежде всего к медико-социальной эффективности услуг здравоохранения и отражают качество медицинской помощи. По нашему мнению, необходима разработка системы индикаторов эффективности, характеризующих степень достижения поставленных целей.

При разработке методик мониторинга и оценки, в первую очередь, должны быть определены индикаторы, используемые для оценки достижения результатов. Разрабатываемые показатели должны отражать деятельность по оказанию рассматриваемой услуги, измерять результат деятельности по предоставлению услуги, быть измеряемыми с точки зрения проведения оценки и достижимыми в течение отчетного временного периода. Использование интегральных индексов эффективности позволяет учитывать множество факторов, влияющих на конечный результат.

Контрольные вопросы

1. Показатели расчета экономического эффекта для составления медицинской программы.
2. Расчеты показатели экономического ущерба здравоохранения.
3. Прямой и косвенный экономический ущерб.
4. Методические подходы для определение экономической эффективности здравоохранения.
5. Перечислите три типа эффективности в системе здравоохранении и их различия.
6. Расчет показателей эффективности здравоохранения в процессе медицинской деятельности направлениям.
7. Формула расчета экономической эффективности.

ГЛАВА 2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛПУ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

2.1 Основные цели финансирования медицинских учреждений

В целях совершенствования планирования и финансирования ЛПУ предлагаются следующие меры:

1. Провести детальный анализ деятельности за последние три года в динамике по показателям:

- объем и структура видов медицинской деятельности и медицинских услуг учреждения в целом, а также его структурных подразделений в соотношении с плановыми показателями мощности;
- объемы медицинских услуг учреждения, оказанных за счет отдельных источников финансирования;
- соотношение плановых и фактических поступлений средств государственного бюджета;
- полнота использования мощностей (простои коек), в том числе обусловленные недостаточностью бюджетного финансирования;
- кадровый состав, численность персонала, укомплектованность штата;
- уровень оплаты труда работников;
- обеспеченность фондами, состояние активных основных фондов, наличие и использование медицинской техники, оборудования, вычислительной техники, степень износа, обеспеченность инструментарием, средствами ухода, медицинской мебелью, хозяйственным инвентарем и др.;
- обеспеченность площадями, состояние пассивных основных фондов с учетом стоимости, сроков предстоящего ремонта зданий (текущего и капитального), сооружений, коммуникаций.

2. На основании анализа этих показателей и комплексной оценки деятельности составить проект плана заказа Минздрава Казахстане на оказание специализированной медицинской помощи населению субъектов Республики Казахстан за счет средств государственного бюджета и выступить инициатором перехода на новую модель планирования и учета, разработанную совместным приказом Минздрава РК «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения государственного подчинения».

3. Усовершенствовать программное обеспечение, позволяющее сократить потери рабочего времени при оформлении документов, уменьшить очереди.

4. В связи и усилением контроля и ужесточением финансовых санкций со стороны страховых организаций издать приказ по КБ №1 ГУ «ЮОМЦ Минздрава РК» о запрете выдачи историй болезни, застрахованных по добровольному медицинскому страхованию, так как они являются первичным документом, подтверждающим обоснованность и правильность назначений.

5. В связи с ростом дебиторской задолженности и ростом расходов на оказание медицинской помощи ввести предоплату за каждую госпитализацию в стационар по договорам с предприятиями на возмездное оказание медицинских услуг.

6.Составить бизнес - план внебюджетной деятельности, в котором предусмотреть:

- маркетинговые исследования и исследование рынка платных медицинских услуг;
- рекламу платных медицинских услуг;
- оказание дополнительных сервисных услуг, повышающих конкурентоспособность платных медицинских услуг (приобретение билетов для иногородних, доставка продуктов, парикмахерские услуги). Для осуществления этих мероприятий можно заключить договоры со сторонними организациями на аренду помещений.

Предложения по совершенствованию планирования и финансирования ЛПУ Минздрава РК

1. Экономический анализ деятельности за 3 года (простоев коек, основных фондов, зарплаты, загрузки плановых мощностей:
   - составление плана-заказа на оказание медпомощи из бюджета;
   - расчет средней стоимости лечения одного больного;
2. Улучшение программного обеспечения:
   - экономия на фонде оплаты труда и налогах;
   - сокращение ставок медрегистраторов.
3. Упорядочение документооборота, застрахованного по ДМС контингента: снижение штрафных санкций страховых организаций
4. Введение предоплаты за стационарное лечение: снижение дебиторской задолженности;
5. Разработка бизнес-плана по внебюджетной деятельности:
   - разработка плана маркетинга и медиа-плана.
   - разработка финансового плана.
   - схема совершенствованию планирования и финансирования ЛПУ Минздрава РК.

Увеличение оборачиваемости дебиторской задолженности до 36 дней позволит превращать ее в более ликвидные виды оборотного капитала.

Медицинское страхование является формой социальной зашиты интересов населения в охране здоровья и представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению

страховых выплат в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного за медицинские услуги, включенные в программу медицинского страхования (гарантированный перечень медицинских услуг, предоставленных всем категориям населения и финансируемых за счет средств ОМС).

Цель медицинского страхования — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая (заболевания) получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Таким образом, сущность страхования заключается в создании механизма финансовых взаимоотношений субъектов медицинского страхования. Такой механизм, с одной стороны, обеспечивает здравоохранение финансовыми ресурсами посредством программ обязательного медицинского страхования, а с другой — расширяет перечень этих программ дополнительными услугами, являясь частью страхового рынка.

2.2 Финансирования здравоохранения в условиях ОМС

Здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского страхования населения. Система финансирования данной отрасли является важной частью для принятия мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья.

Системы финансирования здравоохранения можно классифицировать по двум признакам:

– по источнику формирования средств;
– по форме их распределения.

Источники формирования средств не всегда влияют на формы их распределения, системы с одним и тем же источником формирования средств могут иметь разные характеристики распределения.

Источниками финансирования могут являться:

1. Общие налоговые доходы всех видов и уровней. К ним относятся налоги на прибыль, налоги на добавленную стоимость, подоходный налог и др. Они поступают в государственный или муниципальный бюджет, а затем распределяются по разным отраслям. Решающую роль при распределении средств имеют сложившиеся бюджетные приоритеты.

2. Целевые налоговые поступления, к которым относятся налоги, устанавливаемые на определенные товары (чаще всего, на продажу алкоголя и табака). Установленная часть поступлений от сбора этих налогов в целевом порядке направляется на здравоохранение. Этот вид налога не характеризует

систему финансирования здравоохранения, поскольку является дополнительным к основному источнику финансирования и его доля в формировании средств здравоохранения незначительна.

3. Целевой взнос на обязательное медицинское страхование (или налог на заработную плату). Это может быть взнос на обязательное медицинское страхование (РК), а может быть единый взнос на социальное страхование (единый социальный налог). Взнос на ОМС обычно исчисляется в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда.

4. Личные средства граждан и иные источники. Эти средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Кроме того, это могут быть доходы ЛПУ от аренды, от продажи медицинских технологий и др. В качестве иных источников финансирования могут выступать благотворительные фонды, средства работодателей, направляемые на создание собственной медицинской базы и пожертвования.

Ни в одной стране не существует в чистом виде бюджетной, страховой или частной системы финансирования. Системы финансирования здравоохранения основаны на доминирующем источнике финансирования.

Исторически сложились три основные системы финансирования здравоохранения:

1. Бюджетная система, в данном случае финансирование производится за счет средств государственного бюджета. В таких системах государство является собственником значительной части медицинских учреждений. При функционировании данной системы происходит формирование доминирующей ответственности государства за состояние и развитие национального здравоохранения.

2. Страховое здравоохранение, которое основано на формировании и использовании целевых фондов, источником которых являются обязательные страховые взносы работодателей, и предполагает сохранение солидарной ответственности страхователей и государства за состояние и развитие здравоохранение. В системах ОМС участие государства принимает более мягкие регулирующие формы, а медицинские организации не всегда принадлежат государству. Тем не менее, системы ОМС также являются государственными системами финансирования, поскольку: во-первых, взносы работодателей и работников носят обязательный характер и принимают форму особого налога на заработную плату, во-вторых, поступления от взносов являются хотя и обособленной, но все же частью государственных финансов, поэтому они контролируются государством, в-третьих, государство регулирует многие элементы этой системы – ставки взносов, цены на медицинские услуги, договорные отношения между страховщиком и медицинской организацией, размер гарантируемого объема медицинских услуг и т.д.

3. Частная платная система, при которой оплата любой медицинской услуги осуществляется за счет средств пациента в полном объеме. В этом случае инструментом развития национального здравоохранения выступает конкурентная среда.

Среди стран с развитой рыночной экономикой достаточно высокий уровень *бюджетного финансирования* характерен для Дании, Финляндии, Швеции и даже Великобритании.

Наибольшую часть медицинских услуг в Великобритании предоставляет Национальная система здравоохранения (НСЗ). Подавляющая часть ее финансовых ресурсов (84%) и по сей день поступает из бюджетов всех уровней. Дополнительным источником являются взносы на социальное страхование, исчисляемое в виде процента от фонда оплаты труда. Но в отличие от Республики практики, целевым этот взнос назвать трудно, так как он «растворяется» в общей системе социальных налогов и распределяется в зависимости от сложившихся приоритетов их распределения на нужды пенсионного обеспечения, страхования по безработице, здравоохранения и пр. Кроме того, часть средств, поступающих по линии социального налога и выделяемых на нужды здравоохранения, поступает под прямой контроль министерства здравоохранения, сливаясь с бюджетными поступлениями. На долю этого взноса приходится 12% поступлений НСЗ.

Примерно 4% средств НСЗ формируется из с платежей населения, когда пациент вносит установленный процент от общей стоимости посещения или госпитализаций и обращений к специалистам (в основном, за выписку и оплату части стоимости лекарств в аптеках). В целом, положительными чертами бюджетной системы здравоохранения является приемлемость медицинской помощи, высокая доступность, возможность проведения масштабных мероприятий (вакцинация, профилактика).

Финансирование здравоохранения за счет доминирующих страховых взносов осуществляется в такой стране, как Германия, где 85% населения охвачено обязательным медицинским страхованием.

Финансирование здравоохранения Германии складывается из: обязательных страховых взносов – 75%, налогов – 10%, премий по добровольному страхованию – 10%, платных услуг – 5%. Обязательному медицинскому страхованию подлежат все лица наемного труда, крестьяне, студенты, безработные, дети до 18 лет (до 23 лет при нетрудоспособности, до 25 лет – если они продолжают школьное или профессиональное образование или проходят год добровольной социальной службы). Пенсионеры и члены семьи страхуются при определенных размерах месячного дохода.

Уплате взносов подлежат и застрахованные, и работодатели. Взносы платятся пропорционально доходам (6,78% от заработной платы для тех и других). Вместе с тем, лица, имеющие доход, превышающий 75% граничной величины годового трудового дохода, свободны от взносов по обязательному страхованию с суммы превышения. Это немаловажно, учитывая сумму взноса.

За правильное начисление взносов, при поддержке больничных касс, отвечает работодатель, который производит вычет доли работников из заработной платы и вместе с долей работодателя, вместе с взносами по пенсионному страхованию и страхованию по безработице в форме общего взноса по социальному страхованию переводит в больничную кассу.

Застрахованные по больничному страхованию имеют право на отчисление на укрепление здоровья, профилактику и раннее диагностирование болезней, по болезни, уходу за тяжелобольными, беременности и материнству. Кроме этого, выплачиваются также средства на похороны и транспортные расходы.

И, наконец, система финансирования за счет средств домохозяйств характерна, прежде всего, для США, где частное страхование формирует более 32% ресурсов здравоохранения, а непосредственные платежи за медицинскую помощь со стороны домохозяйств составляют еще 23% от общего объема финансовых ресурсов здравоохранения.

При этом развитие системы финансирования здравоохранения в США обеспечивается, с одной стороны, динамичным ростом величины валового национального продукта, с другой – увеличением доли *расходов на здравоохранение* в составе этого валового продукта. За последние 50 лет здесь ВНП увеличился в 18 раз, и доля затрат на медицинское обслуживание – с 4,4% до 19% ВНП. Вместе с тем, функционирование системы здравоохранения США сопровождается и негативными моментами. Таковыми являются, прежде всего, ограниченный доступ различных слоев населения к медицинскому обслуживанию и стимулирование роста стоимости медицинских услуг гонорарным методом оплаты за услугу. На сегодняшний день люди, имеющие страховку либо финансовые ресурсы, получают самое лучшее в мире медицинское обслуживание, в то время как наиболее нуждающиеся в нем – бедные слои населения, хронические больные, семьи с одним родителем – не получают даже основного лечения.

Несмотря на все отрицательные стороны американской системы здравоохранения, следует признать, что медицинское обслуживание (если оно доступно) в США самое лучшее в мире. Средняя продолжительность жизни в США увеличилась с 1960 г. на пять лет, американские больницы и врачи применяют самое совершенное медицинское оборудование и технологии. Более того, больше половины финансирования мировых медицинских исследований осуществляется в США, и, как следствие, большая часть Нобелевских премий после Второй мировой войны была получена именно американцами.

В настоящее время в действует бюджетно-страховая модель *финансирования учреждений здравоохранения*.

Действующее казахстанское законодательство (Закон РК «О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан») предусматривает, что бесплатная медицинская помощь населению предоставляется за счет двух источников – бюджетов всех уровней и системы ОМС. В целях обеспечения единой системы планирования финансовых ресурсов бюджетов всех уровней и средств ОМС, в 1998 г. Правительством РК была утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам РК бесплатной медицинской помощи. На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РК бесплатной медицинской помощи органы исполнительной власти субъектов РК разрабатывают и

утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Казахстан бесплатной медицинской помощи (ТПГГ).

ТПГГ подразделяет медицинскую помощь по источникам финансирования на три группы: медицинскую помощь, предоставляемую за счет бюджетов субъекта РК; медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (ТПОМС), финансируемую за счет средств системы ОМС; медицинскую помощь в государственных клиниках, предоставляемую за счет средств государственного бюджета. Последняя категория определена достаточно четко – это специализированная (в том числе дорогостоящая) амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в государственных медицинских учреждениях по квотам Министерства здравоохранения и социального развития РК. Однако в большинстве случаев сводный расчет стоимости ТПГГ и сведения о реализации ТПГГ не содержат информации ни об объемах, ни о финансовом обеспечении медицинской помощи в государственных клиниках, что не позволяет оценить вклад медицинской помощи, предоставляемой за счет средств государственного бюджета, в реализацию ТПГГ. Наибольший интерес представляет разграничение расходных обязательств между консолидированным бюджетом региона и системой ОМС.

Расходные обязательства между бюджетами, с одной стороны, и системой ОМС, с другой, разграничены:

– видам медицинской помощи – «базовые» виды медицинской помощи включены в ТПОМС, в то время как отдельные виды помощи отнесены к обязательствам бюджетов;

– видам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) – отнесение финансирования отдельных ЛПУ к обязательствам бюджетов или ОМС отчасти обусловлено оказываемыми ими видами помощи, отчасти – другими причинами (например, фельдшерско-акушерские пункты оказывают «базовые» медицинском помощи и тем не менее не включены в ТПОМС);

– категориям получателей помощи – граждане, по каким-либо причинам не застрахованные в системе ОМС, получают экстренную и неотложную медицинскую помощь за счет средств бюджетов;

– статьям бюджетной классификации – часть затрат учреждений, работающих в системе ОМС, не включается в тарифы ОМС, а финансируется за счет бюджетов.

Таким образом, каждая страна имеет специфическую систему финансирования здравоохранения. Это связано с национальным менталитетом с конкретными условиями становления и эволюции данного общества.

В соответствии с типом систем финансирования по форме их распределения (по характеру взаимодействия с медицинскими организациями) можно выделить два основных типа систем:

– интеграционную модель;
– контрактную модель.

Интеграционная модель предполагает слияние функций финансирования, управления и оказания медицинской помощи. Имущество медицинских

организаций принадлежит государству или органам местной власти. В казахстанском здравоохранении подавляющая часть медицинских организаций имеет статус государственных или муниципальных лечебно-профилактических учреждений и напрямую управляется органом управления здравоохранением, который одновременно является финансирующей стороной.

Органы управления не только определяют общую стратегию и приоритеты развития отрасли, но и регламентируют основные стороны деятельности медицинских учреждений: определяют их мощность (например, число больничных коек, амбулаторных приемов), принимают решение о перераспределении ресурсов между отдельными учреждениями, назначают руководителей и прочее. В такой модели права медицинских учреждений ограничены.

Теоретически интеграционная модель экономических отношений обеспечивает высокую степень управляемости системой. На практике для этого требуется множество условий, главные из которых – это высокий уровень планирования и готовность медиков работать в рамках командной системы.

Недостатки модели – это отсутствие возможности для маневра ресурсами, бюрократизация отношений, слабая ориентация на потребительский спрос, отсутствие экономической мотивации медиков.

Поэтому интеграционную модель экономических отношений стали преобразовывать в контрактную модель на основе разделения функций финансирования и оказания медицинской помощи.

Контрактная модель строится на экономических, а не на административных отношениях между финансирующей стороной и медиками. Основой этих отношений является разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. Контрактная модель предполагает выбор гражданами медицинской организации и врача. Утверждается принцип «деньги следуют за пациентом». Практически этот принцип может осуществляться двумя способами.

Первый способ – пациент самостоятельно или по направлению медиков выбирает медицинскую организацию и врача, участвующих в программе государственных гарантий, и получает необходимую медицинскую помощь в пределах объема и условий, определяемых этой программой. Финансирующая сторона оплачивает полученную медицинскую помощь, предварительно оценивая ее обоснованность, качественные характеристики и конечные результаты. В реальной жизни выбор места получения медицинской помощи зависит от организации оказания медицинской помощи. В многоуровневой системе выбор пациента чаще всего определяется решениями медиков более низкого звена первичной медико-санитарной помощи.

Второй способ – заключение договоров с теми медицинскими организациями, у которых более высокие показатели деятельности и которые пользуются наибольшим спросом у врачей и населения. В этом случае управляющее воздействие финансирующей стороны намного сильнее. Она анализирует сложившиеся маршруты пациентов, определяет их рациональность и заключает договоры с наиболее эффективными звеньями на оказание

планируемых и согласованных объемов медицинской помощи. Основой принятия решения о выборе медиков является: текущая информация о фактическом потреблении медицинских услуг и база данных о потребительских предпочтениях.

Контрактная модель предполагает дополнительные затраты на осуществление договорных отношений. Чтобы заключить договор с поставщиками медицинских услуг, финансирующая сторона должна провести анализ их деятельности, сформировать планы оказания медицинской помощи, согласовать их с планами медиков, заключить договоры, организовать их мониторинг и оценку.

В странах с контрактной моделью расходы выше, по сравнению со странами с интеграционной моделью. Условие их оправданности – обеспечение более высоких конечных показателей деятельности здравоохранения и экономии ресурсов.

Контрактная модель экономических отношений может действовать при любой системе финансирования здравоохранения. Для этого необходимо соблюдение, как минимум, двух условий:

– орган управления здравоохранением отказывается от прямого управления медицинским учреждением и строит отношения с ним на договорной основе;

– медицинское учреждение обладает хозяйственной самостоятельностью.

Чем больше степень независимости сторон, тем шире возможности осуществления контрактной модели. В бюджетной системе трудней обеспечить эту независимость, поскольку чаще всего основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. В системе ОМС потенциал реализации контрактной модели в принципе выше. Но и в этой системе не снимается вопрос об обеспечении реальной хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных ЛПУ.

В Республики Казахстан принята бюджетно-страховая модель финансового обеспечения национальной системы здравоохранения. Данная модель подразумевает, что основными источниками финансирования являются сразу две системы: система обязательного медицинского страхования и система бюджетного финансирования.

Модели финансирования здравоохранения, применяемые на мировой практике

Медицинское страхование вне зависимости от варианта его организации предполагает определенные прямые или косвенные выплаты населением денежных средства в больничные кассы, страховые компании или иные зачисляемые платежей (фонды). Эти средства, поступая затем в ЛПУ или частным врачам, обеспечивают поддержание их деятельности. Однако, как уже говорилось, МС отличается от обычного страхования тем, что здесь страховщик оперирует с множеством мелких страховых премий (премии могут заменяться налоговыми поступлениями и т.п.) и множеством сравнительно небольших страховых выплат, что заставляет администрацию МСО работать с высоким напряжением.

Функцию перераспределения средства в пользу здравоохранения в основном осуществляют две системы - бюджетная и страховая. *Бюджетная* система основывается на налогах и отличается своей без адреса. Распоряжение налогами передается на усмотрение властей, им делегируется право распределять средства по статьям бюджетов разных уровней. Так как *страховая система* является адресной, целевой, страхователю легче проследить, на что истрачены его деньги. Целевой налог, особенно на улучшение службы охраны здоровья, повысить легче, чем общий. Важно, что местные власти вправе самостоятельно определять условия финансирования и размеры льгот. В то же время с помощью целевых программ и субсидий центральные власти могут активно влиять на решения территориальных органов.

Контрольные вопросы:

1. Меры совершенствования планирования и финансирования ЛПУ.
2. Какие модели финансирования здравоохранения, применяемые на мировой практике?
3. Контрактная модель экономических отношений в медицинских учреждениях.
4. Интеграционная модель экономических отношений в медицинских учреждениях.
5. Расходные обязательства между бюджетами и системой ОМС.
6. Три группы медицинскую помощь по источникам финансирования.
7. Источниками финансирования в системе здравоохранения.
8. Развитие системы финансирования здравоохранения за рубежом.
9. Три основные системы финансирования здравоохранения.
10. Основы анализа совершенствования планирования и меры финансирования ЛПУ.

2.3 Страховые платежи и дифференцированное страхование в условиях ОМС

Существуют две формы страховых платежей:

1) страховые взносы;

2) страховые налоги.

Страховые взносы (премии) вносятся клиентом непосредственно в страховой фонд (кассу, компанию) в обмен ни гарантийный документ *(полис)*. Взнос обычно предполагает право клиента на выбор МСО.

Страховые налоги являются обязательными установленными государством *целевыми* сборами, которые изымаются при выплатах зарплаты или вносятся по декларации о доходах. Разные страны используют разные

формы страховых платежей. К примеру, Швейцария и ФРГ обеспечивают обязательное страхование здоровья за счет сбора страховых взносов, величина и порядок уплаты которых достаточно жестко регламентируются государством. Общий взнос работодателей и работников в 1991 г. составлял следующий процент от фонда заработной платы: Япония - 8,4; ФРГ - 12; Бельгия - 8,6; Австрия - 10,1; Франция - 19% (причем работодатели уплачивают 12,5, а работники - 6,5%).

Как правило, взносы не берутся с пенсионеров и лиц с низкими доходами (84).В каждой стране, где существует ОМС, действует перечень тех категорий страхующихся, которые либо уплачивают более низкий страховой взнос, либо совсем освобождаются от него.

Размеры платежей могут быть *одинаковыми* или *дифференцированными.*

В последнем случае на размер индивидуального страхового взноса влияют: меры государственного регулирования,

1) конкурентная борьба за клиента на страховом рынке,

2) борьба отдельных групп населения за свои интересы.

Так, некоторые профсоюзы добиваются от парламентов права на уменьшение величины страховых платежей без уменьшения объема предоставляемых услуг за счет субсидий и налоговых льгот.

Существует несколько подходов к определению индивидуального страхового взноса (налога):

1) *равное* распределение издержек страховой организации среди ее клиентов;

2) страховые платежи *корректируют с доходом;*

3) страховые платежи *зависят* от *стоимости* реально потребленных медицинских *услуг.*

Первый способ применяется рядом неприбыльных организаций Европы и США, устанавливающих усредненный региональный уровень платежей для всех клиентов. Это ведет к переплатам со стороны тех групп населения, у которых риск заболеть низок (молодежь и др.), и отпугивает таких клиентов. Поэтому многие МСО в борьбе за повышение численности молодых клиентов в конце концов вводят взносы, дифференцированные по возрасту.

При втором способе исчисления величины платежей может использоваться *прогрессивная* шкала исчисления платежей (рост налоговой ставки с ростом доходов), *пропорциональная* (налоговая ставка стабильна) и регрессивная (налоговая ставка уменьшается с ростом доходов) (например, во Франции). Одним из принципов регрессивности может быть *потолок доходов,* когда определяется уровень дохода, при превышении которого абсолютная величина страхового платежа не растет совсем.

В ряде стран создаются *специальные режимы* страхования для высокооплачиваемых и распространена практика *"капитализации"* - установления уровня (предела) доходов, после превышения, которого клиент не охватывается программами обязательного страхования и должен все услуги оплачивать по счетам самостоятельно.

Например, в Германии созданы эрзацкассы, во Франции - режим специального страхования. Богатые могут совсем не участвовать в обязательном страховании, оплачивая медико-санитарную помощь непосредственно или становясь клиентами МСК по добровольному страхованию. Государство освобождается от заботы о здоровье. богатых. Однако исключение из системы обязательного страхования лиц с доходами выше определенного уровня лишает общественное страхование достаточно большой прослойки обеспеченных клиентов.

Специальные режимы МС имеют следующие особенности:

1) право выбора страховой организации;

2) упрощенная процедура страхования;

3) высокая доля участия в прямых оплатах врача;

4) отсутствие страхового обеспечения на случай производственной травмы или профессионального заболевания.

С точки зрения страховщика, наиболее справедливой является такая система платежей, при которой страховой взнос зависит от величины риска возникновения страхового случая (заболевания). Эта величина зависит от возраста, пола, профессии, общественного положения, исходного состояния здоровья, образа жизни клиента и ряда других факторов, что требует глубокого изучения демографических показателей. Все лица, включенные в конкретный класс риска заболеть, платят одинаковый страховой взнос. При такой системе платежей пожилые и менее здоровые клиенты платят больше, чем молодые и крепкие.

Таким образом, стоимость страховки зависит от:

1) возраста, в котором пациент впервые приобрел страховку;

2) его участия в издержках и согласия оплачивать часть медицинских услуг из своего кармана;

3) объема услуг, который входит в пакет страховой компании;

4) формы страхования (индивидуальная, семейная).

Главным фактором, влияющим на риск заболеть и на потребность в медицинской помощи, является *возраст.*

Одним из методов учета возраста при страховании является применение так называемых *сглаженных взносов.* Их величина зависит от возраста, в котором осуществлена первая покупка страховки, и ожидаемой продолжительности жизни. В этом случае компания берет на себя обязательства перед клиентом на всю его жизнь. Система сглаженных взносов была впервые применена в Германии, а затем в Нидерландах. В Швейцарии, где ОМС осуществляется частными страховыми компаниями, величина страхового взноса зависит от возраста клиента в момент страхования: чем раньше оформлена страховка, тем меньше размер взноса. Такие взносы позволяют перекладывать финансовое бремя по оплате помощи пожилым на плечи более молодых возрастов. Человек как бы страхует себя на всю жизнь. Льготные налоги (взносы) являются наиболее частой формой участия пенсионеров в финансировании страхования здоровья.

Величина страхового риска зависит также от *пола* (лечение женщин в среднем стоит дороже, чем мужчин) и *профессии* клиента. Страховые компании имеют список сотен профессий с подсчитанной ценой их финансовой безопасности в интересах страхования. Предприниматель, который по законодательству или коллективному договору обязан оплатить немалую долю страхового взноса, встает перед выбором: тратить деньги на страховые взносы или на охрану труда. Последнее выгоднее. Тарифы на медицинские услуги по ОМС устанавливаются с учетом медицинского и эколого-гигиенического районирования территории. Территориальная дифференциация учитывает различия в уровне убыточности страховой суммы на селе и в городе.

2.4Дифференцированное медицинское страхование

Дифференцированное страхование или дифференцированная плата в зависимости от уровня здоровья делает страхование недоступным для часто болеющих - пожилых и инвалидов, хотя именно эта категория крайне нуждается в нем. Страховщики часто применяют систему скидок для тех клиентов, которые имеют меньшее число страховых случаев (38). Эта проблема заставляет правительства различных стран постоянно искать новые формы организации МС.

Кроме метода сглаженных взносов разработан метод использования актуарных расчетов на стадии распределения страхового фонда, который позволяет устранить воздействие различных факторов на ставку страхового взноса.

Размер взносов в частных МСК в большинстве случаев зависит от статистически обоснованного риска. Применяются два типа систем:

1) *фондовая система,* при которой выплаты используются как для финансирования текущих цен на услуги, так и для резервирования денег для выплат по мере увеличения возраста, чтобы сделать выплаты независимыми от риска заболевания;

2) система *"плати-как-идет"* (pay-as-you-go), при которой текущие цены одного года финансируются за счет премий предыдущего финансового года. Взносы в частном МС варьируются в разных странах: при большей доле ОМС, где и выполняется наибольшее число услуг, больше ограничена сфера деятельности частного сектора.

Поскольку системы частного МС обычно не получают никакой государственной поддержки и облагаются налогами, как и другие субъекты частного сектора, они должны устанавливать выплаты таким образом, чтобы как можно точнее покрывались рисковые затраты. Поскольку риск заболеваний статистически различен для мужчин и женщин, страхователи вынуждены устанавливать более высокие выплаты для последних.

Для покрытия лечебных затрат страховщики предлагают полисы, как ограниченные только затратами при госпитализации, так и включающие все

внебольничное лечение. В последнем случае возмещаются либо все медицинские затраты, либо часть затрат на общих врачей, специалистов и другой обслуживающий персонал, лекарства, тесты, медицинские приборы, транспорт, а в некоторых странах и стоимость лечения зубов (47, 56).

Для компенсации потери дохода могут быть предложены отдельные или комбинированные страховые полисы, чтобы обеспечить плату от ежедневного дохода в случае временной утраты трудоспособности или ежегодную плату - в случае длительной утраты трудоспособности (в некоторых странах такое покрытие обеспечивается пожизненной страховкой). Единообразная ежедневная ставка выплат также может быть согласована по полисам, обеспечивающим ежедневную скидку от общей суммы в случае госпитализации/Все перечисленные виды страхования могут оплачиваться как страховка за полную стоимость, или как страховка добавочного дохода, обеспечивающаяся обязательными государственными программами страхования, или как часть индивидуальных и групповых полисов.

Правительственная поддержка медицинского страхования

В принципе, при оказании медицинской помощи избежать неравенства нельзя, да и не нужно, так как полное равенство еще более социально несправедливо. Поэтому, если одним страховщикам достается более выгодный контингент застрахованных, а другим менее выгодный, то несправедливость должна устраняться государством с помощью субсидий или законодательного требования перераспределения средств (как, например, "План Деккера" в Нидерландах).

МСК, занимающиеся обязательным страхованием, часто получают дотации от государства или от местных органов власти. По существу, такие страховые компании являются убыточными в связи с тем, что стоимость медицинских услуг растет быстрее, чем доходы населения и инфляция, Политики же, для того чтобы заполучить голоса избирателей, стремятся выделить дотации или создать специальные социальные программы для уменьшения тягот населения от высокой стоимости медицинских услуг.

Если доля малообеспеченных клиентов в страховых компаниях велика и бюджет страхового фонда оказывается дефицитным, используется два источника для покрытия дефицита:

1) государственные и муниципальные гранты и субсидии;

2) система перераспределения фондов между страховыми компаниями.

В случае полного освобождения бедных от уплаты страховых взносов их страхование оплачивается специальной государственной программой. *Грант* - это целевая сумма средств, выделенная для решения какой-то конкретной задачи, обычно поискового характера. **Субсидия** - безвозвратное пособие в денежной или натуральной форме, предоставляемое государством за счет средств бюджета или специальных фондов юридическим или физическим лицам, местным органам власти, другим государствам.

В области МС можно выделить следующие виды субсидий: 1) субсидии страховым фондам, помогающие обеспечить их финансовую устойчивость при страховании невыгодных контингентов; 2) субсидии для ЛПУ на капитальное

строительство, переоснащение и текущие расходы; 3) субсидии на страхование обнищавших граждан, утративших способность делать взносы. Субсидии выплачиваются гражданам или напрямую страховым компаниям. Их получают лишь неприбыльные организации.

Политика *правительственных субсидий* принимает различные формы. Во Франции, Нидерландах и США (программа "Медикер") субсидии предоставляются страховым компаниям для покрытия разницы между платежами за счет взносов и реальными ценами на медицинские услуги для бедных и безработных. В Бельгии правительство субсидирует бесприбыльные компании. В Швейцарии вместо обычных страховых налогов на предпринимателей национальное правительство предоставляет всем больничным фондам прямые гранты на застрахованных в зависимости от пола и возраста. Примером субсидирования капитального строительства больниц может служить ФРГ, текущих больничных расходов - Бельгия и Швейцария. Дания покрывает расходы на здравоохранение за счет центрального бюджета более чем на 50%, остальные государства из этого источника покрывают около 1/3 всех расходов на здравоохранение.

Наиболее широко распространена практика доплат из бюджета и внебюджетных фондов тем страховым фондам, в которых велика доля пенсионеров. Эти доплаты могут быть персональными (взнос за каждого застрахованного пенсионера) и суммарными (субсидии фонду в размере, пропорциональном общему числу застрахованных пенсионеров, или в размере, необходимом для покрытия дефицита бюджета). Возможны и другие способы определения размера субсидий.

Субсидирование больничным фондам может осуществляться в виде трансфертов (переноса, перераспределения целевых выплат) для оплаты счетов тех клиентов, которые не могут платить взносы. Благотворительность исходит от провинциальных правительств и муниципалитетов. В Швейцарии, например, субсидии больше выделяются больничным фондам, чем пенсионным, а в ФРГ - наоборот. Во Франции страховые фонды обеспечивают лишь текущие расходы, а бюджетные средства идут на новое строительство. Без субсидий система страхования здоровья обычно испытывает дефицит средств, не может гарантировать широким слоям населения достаточную медицинскую помощь. В Швейцарии, кроме того, субсидии предоставляются конкретным лицам, чтобы те имели возможность уплатить страховой взнос в выбранную ими страховую компанию. До 80% расходов на здравоохранение в Америке приходится на группы старших возрастов - по сути дела население Америки страхуется частными компаниями как популяция, из которой изъяты группы наиболее высокого риска: бедные и старики, - а это около 30% жителей страны.

Кроме финансовой поддержки страховых компаний посредством субсидий со стороны правительства, оно может настоять, чтобы компании перераспределяли фонды между собой с учетом реальной потребности. Многие страны пользуются перераспределениями фондов в борьбе с финансовым дефицитом. Страховые выплаты за отдельные группы населения (пенсионеров

бедняков и т.д.) осуществляются социальными фондами и программами, которые финансируются главным образом из бюджетных средств, что жестко регулируется государством.

Государственное регулирование МС не только выполняет фискальные функции. Ему свойственны определенные положительные моменты. Так, создание госбюждетной программы помощи бедным и старикам позволяет существенно расширить налогооблагаемую базу для МС. Поэтому финансовая нагрузка по обеспечению страхования здоровья распределяется между группами отраслей (трудоемкой и капиталоемкой) равномернее. С другой стороны, увеличивается число потребителей медицинских услуг, формируются новые рынки их сбыта, что ведет к росту прибылей МСО.

2.5 Основные методы финансирование больниц

Финансирование ЛПУ (главным образом больниц) осуществляется за счет таких источников, как выплаты страховщиков, государственные дотации, кредиты. За счет *страховых выплат* в большинстве европейских стран обеспечивается оплата как больничной, так и амбулаторной служб. Интересно, что англосаксонские системы делают это раздельно: Англия и Канада - через разные статьи госбюджета, а США - через раздельные страховые счета и даже различные страховые компании. **Государственные дотации** больницам выделяются чаще всего на строительство, приобретение нового оборудования и т.п. Например, в Швейцарии кантоны автоматически субсидируют больницы в случае возникновения у них бюджетного дефицита. В условиях действия страховых программ производители медицинских услуг часто существуют за счет **кредитов,** получаемых от независимых банков. Взяв кредит, больницы вынуждены закладывать в себестоимость больничных услуг суммы, необходимые для его возврата, и тем самым резко увеличивать цены на них. Это повышает ответственность больниц за расходование привлеченных ресурсов. Если ЛПУ работает на основе вмененных издержек (простое воспроизводство), то оно является некоммерческим и не может самостоятельно развиваться, ему нужны инвестиции из других источников.

Нормы затрат (тарифы) на лечение одного застрахованного устанавливаются: по обязательному страхованию - органами государственного или местного управления по согласованию с соответствующими органами здравоохранения; по добровольному страхованию - страховщиками по согласованию с конкретными лечебными учреждениями. Администрация больниц стремится к получению высокой прибыли. Однако если страховые фонды оперируют страховыми взносами, величина которых утверждается парламентом или правительством, то доходы больниц этим сильно ограничиваются. Следовательно, получение больницами высоких прибылей в сфере ОМС маловероятно. Частные МСК обычно гарантируют больницам

строительство, переоснащение и текущие расходы; 3) субсидии на страхование обнищавших граждан, утративших способность делать взносы. Субсидии выплачиваются гражданам или напрямую страховым компаниям. Их получают лишь неприбыльные организации.

Политика *правительственных субсидий* принимает различные формы. Во Франции, Нидерландах и США (программа "Медикер") субсидии предоставляются страховым компаниям для покрытия разницы между платежами за счет взносов и реальными ценами на медицинские услуги для бедных и безработных. В Бельгии правительство субсидирует бесприбыльные компании. В Швейцарии вместо обычных страховых налогов на предпринимателей национальное правительство предоставляет всем больничным фондам прямые гранты на застрахованных в зависимости от пола и возраста. Примером субсидирования капитального строительства больниц может служить ФРГ, текущих больничных расходов - Бельгия и Швейцария. Дания покрывает расходы на здравоохранение за счет центрального бюджета более чем на 50%, остальные государства из этого источника покрывают около 1/3 всех расходов на здравоохранение.

Наиболее широко распространена практика доплат из бюджета и внебюджетных фондов тем страховым фондам, в которых велика доля пенсионеров. Эти доплаты могут быть персональными (взнос за каждого застрахованного пенсионера) и суммарными (субсидии фонду в размере, пропорциональном общему числу застрахованных пенсионеров, или в размере, необходимом для покрытия дефицита бюджета). Возможны и другие способы определения размера субсидий.

Субсидирование больничным фондам может осуществляться в виде трансфертов (переноса, перераспределения целевых выплат) для оплаты счетов тех клиентов, которые не могут платить взносы. Благотворительность исходит от провинциальных правительств и муниципалитетов. В Швейцарии, например, субсидии больше выделяются больничным фондам, чем пенсионным, а в ФРГ - наоборот. Во Франции страховые фонды обеспечивают лишь текущие расходы, а бюджетные средства идут на новое строительство. Без субсидий система страхования здоровья обычно испытывает дефицит средств, не может гарантировать широким слоям населения достаточную медицинскую помощь. В Швейцарии, кроме того, субсидии предоставляются конкретным лицам, чтобы те имели возможность уплатить страховой взнос в выбранную ими страховую компанию. До 80% расходов на здравоохранение в Америке приходится на группы старших возрастов - по сути дела население Америки страхуется частными компаниями как популяция, из которой изъяты группы наиболее высокого риска: бедные и старики, - а это около 30% жителей страны.

Кроме финансовой поддержки страховых компаний посредством субсидий со стороны правительства, оно может настоять, чтобы компании перераспределяли фонды между собой с учетом реальной потребности. Многие страны пользуются перераспределениями фондов в борьбе с финансовым дефицитом. Страховые выплаты за отдельные группы населения (пенсионеров

бедняков и т.д.) осуществляются социальными фондами и программами, которые финансируются главным образом из бюджетных средств, что жестко регулируется государством.

Государственное регулирование МС не только выполняет фискальные функции. Ему свойственны определенные положительные моменты. Так, создание госбюждетной программы помощи бедным и старикам позволяет существенно расширить налогооблагаемую базу для МС. Поэтому финансовая нагрузка по обеспечению страхования здоровья распределяется между группами отраслей (трудоемкой и капиталоемкой) равномернее. С другой стороны, увеличивается число потребителей медицинских услуг, формируются новые рынки их сбыта, что ведет к росту прибылей МСО.

2.5Основные методы финансирование больниц

Финансирование ЛПУ (главным образом больниц) осуществляется за счет таких источников, как выплаты страховщиков, государственные дотации, кредиты. За счет *страховых выплат* в большинстве европейских стран обеспечивается оплата как больничной, так и амбулаторной служб. Интересно, что англосаксонские системы делают это раздельно: Англия и Канада - через разные статьи госбюджета, а США - через раздельные страховые счета и даже различные страховые компании. **Государственные дотации** больницам выделяются чаще всего на строительство, приобретение нового оборудования и т.п. Например, в Швейцарии кантоны автоматически субсидируют больницы в случае возникновения у них бюджетного дефицита. В условиях действия страховых программ производители медицинских услуг часто существуют за счет **кредитов,** получаемых от независимых банков. Взяв кредит, больницы вынуждены закладывать в себестоимость больничных услуг суммы, необходимые для его возврата, и тем самым резко увеличивать цены на них. Это повышает ответственность больниц за расходование привлеченных ресурсов. Если ЛПУ работает на основе вмененных издержек (простое воспроизводство), то оно является некоммерческим и не может самостоятельно развиваться, ему нужны инвестиции из других источников.

Нормы затрат (тарифы) на лечение одного застрахованного устанавливаются: по обязательному страхованию - органами государственного или местного управления по согласованию с соответствующими органами здравоохранения; по добровольному страхованию - страховщиками по согласованию с конкретными лечебными учреждениями. Администрация больниц стремится к получению высокой прибыли. Однако если страховые фонды оперируют страховыми взносами, величина которых утверждается парламентом или правительством, то доходы больниц этим сильно ограничиваются. Следовательно, получение больницами высоких прибылей в сфере ОМС маловероятно. Частные МСК обычно гарантируют больницам

только оплату по страховым случаям, оговоренным в полисе, за остальные услуги больной должен расплачиваться из своего кармана.

В условиях, когда ЛПУ могут иметь договоры с разными страховщиками, важно обеспечить эффективное выполнение финансовых расчетов, исключающее чрезмерные административные расходы. В Нидерландах страховщики для этого имеют специальных посредников (функция их во многом напоминает функции брокеров), ведущих расчеты от имени нескольких организаций. Каждое лечебное учреждение при расчетах имеет дело только с одним страховщиком, берущим на себя расчетные и контрольные функции. Это существенно облегчает управление финансовыми потоками.

2.6 *Разработка финансовых расчетов* со *страховыми компаниями*

Финансовые расчеты ЛПУ с страховыми компаниями ведут обычно либо на основе *фактических затрат,* либо с помощью оплаты за *совокупность услуг.* В первом случае МСК может вести учет каждого посещения в поликлинику и каждой оказанной медицинской услуги, включая лечение в стационаре, реабилитационном центре и санаторно-курортное лечение, с дальнейшим подсчетом стоимости полного курса лечения по прейскурантам поликлиники, стационара и с оплатой согласно выставленным счетам. Причем в Европе за специализированные процедуры страховые компании платят только тогда, когда эти процедуры выполняются высококвалифицированными специалистами или входят в официальные перечни обязательных услуг.

Существенным недостатком рассматриваемого метода является все возрастающая величина накладных расходов. С ростом числа клиентов и расширением видов услуг возрастают численность персонала, задействованного в работе, затраты на транспорт, услуги сопутствующего характера.

Чтобы избежать указанных недостатков, был разработан метод оплаты за *совокупность услуг.* При наступлении того или иного заболевания медицинский персонал должен совершить какое-то нормативное число действий, услуг, манипуляций, без которых лечение будет неэффективным.

Зная заранее номенклатуру, число и стоимость таких действий, можно выйти на усредненную стоимость заболевания и оплачивать не отдельные услуги, а группы услуг. Фактически это приводит к созданию стандарта лечения больного в зависимости от заболевания и, следовательно, к расчету усредненной стоимости лечения.

Формы оплаты медицинских страховых услуг. Для оплаты медицинских услуг страховыми компаниями используются следующие формы: гонорарная, отсроченная, предварительная. В первом случае медицинские услуги (диагностика и лечение) клиент может оплачивать на месте (гонорар врачу). Поэтому эта система получила название *гонорарной* и характерна больше для частной медицины. Метод *отсроченного подключения* страховщиков к оплате основан на том, что затраты на лечение возмещаются страховым

компаниями клиентам не сразу и не полностью. Заболевший оплачивает первичное обращение к врачу. Лишь после этого к оплате подключается МСО. Если расходы застрахованного превышают предельную страховую выплату, ему компенсируется только часть средств по выписанному счету. Остальная часть выплачивается либо из личных средств, либо из других источников (резервные фонды, фонды предприятий и др.). Американские ученые предложили при взаиморасчетах страховых компаний и медицинских учреждений использовать метод определения цен на медицинские продукты с помощью теории клинико-статистических групп (КСГ) (диагностически-родственных групп - ДРГ).

Оплата за совокупность услуг на основе КСГ получила название **системы предварительной оплаты** медицинских услуг, поскольку расценки на лечение определены заранее и после установления диагноза больница не имеет права менять сумму выставленного к оплате счета. ДРГ содержит десятки медико-экономических стандартов, устанавливающих, с одной стороны, перечень лечебно-диагностических процедур для каждого диагноза, с другой - цены на них. Определен оптимальный срок лечения и возможные отклонения от него. На компьютере зачислен банк таких стандартов, доступный для каждого врача. Таким образом, врач знает свою экономическую норму и в то же время ощущает прямую зависимость своего дохода от объема и качества труда (58).

Однако эта система поставила больницы перед финансовым риском вследствие разницы между реальной госпитальной себестоимостью и суммой, выплачиваемой по системе предварительной оплаты. Страх разориться побуждает больницы искать возможности для уменьшения затрат, сокращения длительности лечения в стационаре и увеличения его эффективности. В то же время такая система стимулирует больницы к более выгодной им гипердиагностике заболеваний (осложнений). С другой стороны, в США, например, для противодействия этой системе больницы расширили свои услуги, увеличив госпитализацию с 1983 г. на 11,7%. Чистый доход от внедрения программы ДРГ оказался минимальным.

В последние годы в США группа исследователей из Гарвардского университета разработала систему новой оценки стоимости медицинских услуг как в стационаре, так и в поликлинических условиях, основанную на шкале *относительных ценностей,* с учетом ресурсных затрат. Это система предварительного возмещения издержек (СПВИ) на основе медико-экономических затрат по укрупненным показателям. Считается, что авансовое возмещение по нозологическим нормативам несет в себе противозатратный стимул.

В результате внедрения СПВИ активизировалась переориентация американского здравоохранения на внебольничную сферу, что на первых порах способствовало повышению ресурсной эффективности деятельности стационаров. Однако возникло и много проблем. Во-первых, чтобы уложиться в нормативы затрат по нозологиям, участились случаи преждевременной выписки пациентов и соответственно повторной госпитализации через 4-5 дней. Во-вторых, увеличилась нагрузка на лечебницы для выздоравливающих,

которым отчасти приходилось компенсировать функции больниц, что нарушало границы специализации обоих типов учреждений и отрицательно влияло на эффективность их работы. Все это в конечном счете вело к снижению качества медицинского страхования и одновременному росту затрат на амбулаторное лечение. Кроме того, сами нормативы оставляли широкие возможности для манипулирования нагрузкой с выгодой для больниц: например нечеткое формулирование диагноза, регулирование состава пациентов и т.д.

Следовательно, таким способом задача снижения непомерных темпов роста стоимости лечения не была решена и не было определено воздействие новой системы на качество лечения.

При правильном подходе нормативы возмещения затрат по нозологиям раскрывают присущее им важное достоинство: они позволяют обеспечивать ресурсами собственно лечебно-диагностический процесс, а не его искаженное отражение в применяемых ныне измерителях типа числа пациенто-дней, а тем более больничных коек.

Выделяют непрямую и прямую формы оплаты медицинских услуг. **Оплата непрямая** - это способ оплаты медицинских услуг пациентом по счету врачу. После оплаты клиент обращается за компенсацией своих затрат к страховой компании. Он играет роль контролера, поскольку заинтересован в достоверности выписанного счета. *Оплата прямая* - это способ оплаты медицинских услуг страховой компанией по счетам, прямо направляемым ей исполнителями медицинских услуг.

Оплата больничных услуг

Оплата за больничные услуги может быть выражена в виде:

1) оплаты **за** койко - день;

2) компенсации издержек больницы на основе сметы расходов за базовый период (метод глобального бюджета);

3) оплаты за случай;

4) оплаты за набор оказанных больницей услуг (в том числе гостиничных).

Оплата за *койко-день* применяется в ФРГ. Однако в этом случае больницы заинтересованы в затягивании сроков пребывания больных в стационаре. Отказ от этого метода финансирования больниц во Франции в 198- г. привел к немедленному сокращению коечного фонда на 20%.

Расчет со стационарами по ставкам дневных издержек за число койко-дней ведет к удорожанию лечения, так как каждый последующий день пребывания больного обходится дешевле, чем предыдущий, а оплачивается чаще всего по одним и тем же ставкам, в результате чего возникают стимулы к увеличению срока лечения.

Для исключения побудительных мотивов больниц к удлинению пребывания больного в стационаре некоторые страны отказались от традиционной оплаты за койко-день в пользу метода *глобального бюджета* или **оплаты за случай.** Например, во Франции и Нидерландах в начале каждого года местное отделение страховой компании рассматривает планируемый

бюджет больниц, знакомится с планами по предстоящей госпитализации и деятельности лечения и ведет переговоры с больницей. В случае обнаружения излишеств в бюджете, удлинения пребывания больных в стационаре и т.п. страховая компания вправе обратиться к правительственному инспектору, который в свою очередь может заставить больницу пересмотреть свои решения. При централизованной форме организации ОМС бюджет больницы утверждается после совместного изучения страховым фондом и местными властями прошлогодней сметы расходов с учетом темпов инфляции и предложений по развитию этой сметы. Администрации страховых компаний известны число клиентов, пролеченных в больнице за истекший год, а также примерный объем и стоимость полученных ими медицинских услуг. Бюджет урезается, если эксперты считают возможным сократить расходы больниц. Больница может иметь твердый бюджет (как во Франции), или устанавливаются лимиты роста дневных издержек больниц (ФРГ, Нидерланды, Бельгия).

Оплата за случай чаще всего производится на основе метода КСГ. Оплата на *набор оказанных услуг* (в том числе гостиничных) чаще всего используется в частном МС. При этом стационары заинтересованы завышать объемы лечебно-диагностических процедур, что хорошо видно на примере США. В большинстве западноевропейских стран деятельность амбулаторной службы больниц финансируется из общих доходов.

Добровольное медицинское страхование – один из видов страховой деятельности – относится к личному страхованию. В ДМС формируются страховые фонды для возмещения ущерба в результате страхового события – обращения за медицинской помощью, вероятность наступления которого (риск) рассчитывается на основе статистических сведений. Проводится ДМС только страховыми организациями, имеющими лицензию Департамента по надзору за страховой деятельностью Минфина Казахстане. Регулируется деятельность субъектов, участвующих в ДМС, На страховом рынке Казахстане предлагают различные страховые медицинские программы более тысячи страховых компаний. Программ различаются по объему страхового покрытия, цене страхового полиса, условиям оплаты медицинской помощи, по ДМС перечню и качеству страховых и медицинских услуг, включенных в программу страхования. С начала девяностых годов рынок развивался интенсивно, но рывками, отражая особенности национального налогообложения и состояние российской экономики.

По отношению к лечебным учреждениям медицинские страховые компании выступают как оптовые покупатели, заказчики медицинских услуг и поэтому они претендуют на скидки и льготы при заключении договора на медицинское обслуживание застрахованных.

Модель финансовых потоков при заключении договора добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование обеспечивает формирование стабильного поступления финансовых средств в медицинские учреждения и

гарантирует необходимый объем и качество медицинской помощи в зависимости от индивидуальных потребностей.

Отличие программ ДМС от программы ОМС определяется следующими позициями:

1. Медицинская помощь по программам ДМС оказывается, как правило, медицинскими учреждениями, не работающими в системе ОМС (учреждения государственного подчинения, ведомственные и иные учреждения, не входящие в систему городского здравоохранения);

2.Сервисные характеристики по программам ДМС выше, чем услуг по программе ОМС;

3.Программы ДМС могут включать услуги, не входящие в программы ОМС. Сравнительный анализ ОМС и ДМС представлен в таблице 5.

***Таблица 5** – Сравнительный анализ систем обязательного и добровольного медицинского страхования*

ОМС	ДМС
Составная часть государственного социального страхования	Финансово-коммерческая деятельность, относящаяся к личному страхованию
Объект страхования – поддержание здоровья граждан путем оказания бесплатной медицинской помощи в пределах Базовой программы ОМС	Объект страхования – поддержание здоровья граждан путем оказания дополнительной медицинской помощи сверх установленной Базовой программы ОМС
Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
Всеобщее	Индивидуальное или групповое
Источник поступления средств- взносы работодателей и местной администрации за неработающее население	Источник поступления средств – личные доходы граждан, перечисления организаций по договору
Тарифы устанавливаются органами исполнительной власти	Тарифы устанавливаются договором между медицинским учреждением и страховой компанией
Система контроля качества медицинской помощи осуществляется органами управления здравоохранением, страховыми компаниями	Система контроля качества устанавливается на договорных началах между страховщиком и медицинским учреждением
Оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком по утвержденным тарифам	Оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком в размере, определенном в договоре

Традиция страховать здоровье и расходы на медицинское обслуживание у населения отсутствует. Для большинства граждан Казахстана ДМС в индивидуальном варианте недоступно из-за дороговизны. Высокая стоимость полиса ДМС обусловлена тем, страхователь через ДМС заново вынужден оплачивать всю программу обязательного медицинского страхования по рыночным ценам без учета его участия путем налогов и взносов по обязательному медицинскому страхованию в формировании общественных фондов потребления, направляемых на здравоохранение.

Ряд авторов предлагает в целях эффективного использования общественных фондов потребления, и прежде всего бюджетов различных уровней, ввести персонифицированный учет выделения и расходования средств (принцип «деньги за пациента») или подушевой принцип финансирования программы государственных гарантий и устранить порочный круг двойной оплаты: все плательщики единого социального налога с легкостью принимают установленные страховщиком цены ДМС без какого-либо уменьшения их на гарантированные государством минимальные объемы медицинской помощи, за которые они ежемесячно перечисляют в бюджет 3,6% от фонда оплаты труда. Необходимо разрабатывать совместные программы ОМС и ДМС и устранять практику «двойной оплаты» одной медицинской услуги, оказываемой медицинским учреждением.

Контрольные вопросы:

1. Сравнительный анализ систем обязательного и добровольного медицинского страхования.
2. Модель финансовых потоков при заключении договора добровольного медицинского страхования
3. Добровольное медицинское страхование.
4. Непрямые и прямые формы оплаты медицинских услуг.
5. Что такое система предварительной оплаты медицинских услуг?
6. Формы оплаты медицинских страховых услуг.
7. Финансовые расчеты ЛПУ с страховыми компаниями.
8. Основные методы финансирование больниц.
9. Зарубежная политика правительственных субсидий и их различные формы.
10. Правительственная поддержка медицинского страхования.
11. Дифференцированное страхование или дифференцированная плата.
12. Специальные режимы МС и их особенности.
13. Две формы страховых платежей.

ГЛАВА 3

СТАНДАРТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 Модернизация платных медицинских услуг в системе здравоохранения

Современный этап реформирования всемирного здравоохранения характеризует развитие рынка платных медицинских услуг, который обладает существенной емкостью и значительным потенциалом роста. Это негосударственный источник финансирования в условиях минимальных бюджетных ассигнований и неадекватной оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования приобретает исключительную значимость для отрасли. Реализация данного канала финансирования будет бесспорно способствовать увеличению медико - экономической эффективности функционирования здравоохранения в целом, так и конкретного учреждения. Платные медицинские услуги предоставляются на основе Правил предоставления платных медицинских услуг населению, которые определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности и являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Медицинские учреждения обязаны вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять требуемую отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Казахстан.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения, предоставляющие населению платные медицинские услуги, обязаны вести

статистический и бухгалтерский учет и отчетность раздельно по основной деятельности и платным медицинским услугам.

Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Казахстан.

Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин.

При расчетах с населением без применения контрольно-кассовых машин медицинские учреждения должны использовать бланк, являющийся документом строгой отчетности, утвержденный в установленном порядке.

За невыполнение настоящих Правил медицинское учреждение в установленном порядке может быть лишено лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг.

Вместе с тем развитие платных медицинских услуг сопровождается рядом негативных явлений.

Недостаточный контроль за организацией предоставления платных медицинских услуг приводит к скрытой коммерциализации в амбулаторно - поликлинических и больничных учреждениях, получению медицинским персоналом "вознаграждения" напрямую, несоответствию стоимости услуг качеству обслуживания и существующим стандартам, развитию теневого оборота средств в системе здравоохранения.

В этой связи политика государства должна быть направлена на создание условий, препятствующих развитию нелегального рынка медицинских услуг, на достижение баланса между объемом бесплатной медицинской помощи и ее финансовым обеспечением, на ликвидацию необоснованного разрыва в уровне оплаты труда в реальном секторе экономики и бюджетной сфере, в том числе в здравоохранении, на дальнейшее совершенствование обязательного и развитие добровольного медицинского страхования, а также частного здравоохранения.

Необходимо разработать четкие критерии, позволяющие разграничить медицинские услуги, оказываемые за счет различных источников финансирования.

Актуальным представляется также совершенствование нормативной базы и расширение деятельности субъектов медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан при медицинском обслуживании.

Следует усилить контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг населению, а также за правильностью взимания платы с населения со стороны всех государственных органов и организаций в соответствии с действующим законодательством.

3.2 Источники оплаты ОМС, методики расчета оплаты труда врачей

Источники оплаты лекарственной помощи медицинского страхования

Можно выделить следующие основные источники финансирования лекарственной помощи населению:

1) государственные и местные бюджеты;
2) система обязательного страхования здоровья;
3) добровольное медицинское страхование;
4) личные средства граждан.

Обязательное страхование лекарственной помощи финансируется из страховых взносов и налогов при долевом участии клиентов и их нанимателей, а также с помощью субсидий от государства. Их сочетание позволяет

оптимизировать потребление медикаментов и социально поддерживат неимущих граждан. Широко используются дотации на лекарственную помощ из средств государственного и местного бюджетов. Стоимость лекарств част оплачивается аптекам напрямую страховыми компаниями. В то же врем лекарства, приобретенные для самолечения, но не оформленные рецептом, ка правило, оплачиваются из личных средств. При переходе к МС пр использовании государственных дотаций высока опасность спекуляции и перерасхода лекарств.

Финансовые расчеты ЛПУ с страховыми компаниями ведут обычно либо на основе *фактических затрат,* либо с помощью оплаты за *совокупност услуг.* В первом случае МСК может вести учет каждого посещения в поликлинику и каждой оказанной медицинской услуги, включая лечение в стационаре, реабилитационном центре и санаторно-курортное лечение, с дальнейшим подсчетом стоимости полного курса лечения по прейскуранту поликлиники, стационара и с оплатой согласно выставленным счетам. Причем в Европе за специализированные процедуры страховые компании платят только тогда, когда эти процедуры выполняются высококвалифицированными специалистами или входят в официальные перечни обязательных услуг.

Существенным недостатком рассматриваемого метода является все возрастающая величина накладных расходов. С ростом числа клиентов и расширением видов услуг возрастают численность персонала задействованного в работе, затраты на транспорт, услуги сопутствующего характера.

Чтобы избежать указанных недостатков, был разработан метод оплаты з *совокупность услуг.* При наступлении того или иного заболевания медицинский персонал должен совершить какое-то нормативное число действий, услуг, манипуляций, без которых лечение будет неэффективным.

Зная заранее номенклатуру, число и стоимость таких действий, можно выйти на усредненную стоимость заболевания и оплачивать не отдельны услуги, а группы услуг. Фактически это приводит к созданию стандарт лечения больного в зависимости от заболевания и, следовательно, к расчету усредненной стоимости лечения.

Формы оплаты медицинских страховых услуг. Для оплаты медицинских услуг страховыми компаниями используются следующие формы: гонорарная, отсроченная, предварительная. В первом случае медицински услуги (диагностика и лечение) клиент может оплачивать на месте (гонора врачу). Поэтому эта система получила название *гонорарной* и характерн больше для частной медицины. Метод *отсроченного подключения* страховщик к оплате основан на том, что затраты на лечение возмещаются страховым компаниями клиентам не сразу и не полностью. Заболевший оплачивае первичное обращение к врачу. Лишь после этого к оплате подключается МСК Если расходы застрахованного превышают предельную страховую выплату ему компенсируется только часть средств по выписанному счету. Остальна часть выплачивается либо из личных средств, либо из других источников (резервные фонды, фонды предприятий и др.). Американские учены

предложили при взаиморасчетах страховых компаний и медицинских учреждений использовать метод определения цен на медицинские продукты с помощью теории клинико-статистических групп (КСГ) (диагностически-родственных групп - ДРГ).

Оплата за совокупность услуг на основе КСГ получила название **системы предварительной оплаты** медицинских услуг, поскольку расценки на лечение определены заранее и после установления диагноза больница не имеет права менять сумму выставленного к оплате счета. ДРГ содержит десятки медико-экономических стандартов, устанавливающих, с одной стороны, перечень лечебно-диагностических процедур для каждого диагноза, с другой - цены на них. Определен оптимальный срок лечения и возможные отклонения от него. На компьютере зачислен банк таких стандартов, доступный для каждого врача. Таким образом, врач знает свою экономическую норму и в то же время ощущает прямую зависимость своего дохода от объема и качества труда.

Однако эта система поставила больницы перед финансовым риском вследствие разницы между реальной госпитальной себестоимостью и суммой, выплачиваемой по системе предварительной оплаты. Страх разориться побуждает больницы искать возможности для уменьшения затрат, сокращения длительности лечения в стационаре и увеличения его эффективности. В то же время такая система стимулирует больницы к более выгодной им гипердиагностике заболеваний (осложнений). С другой стороны, в США, например, для противодействия этой системе больницы расширили свои услуги, увеличив госпитализацию с 1983 г. на 11,7%. Чистый доход от внедрения программы ДРГ оказался минимальным.

В последние годы в США группа исследователей из Гарвардского университета разработала систему новой оценки стоимости медицинских услуг как в стационаре, так и в поликлинических условиях, основанную на шкале *относительных ценностей,* с учетом ресурсных затрат. Это система предварительного возмещения издержек (СПВИ) на основе медико-экономических затрат по укрупненным показателям. Считается, что авансовое возмещение по нозологическим нормативам несет в себе противозатратный стимул.

В результате внедрения СПВИ активизировалась переориентация американского здравоохранения на внебольничную сферу, что на первых порах способствовало повышению ресурсной эффективности деятельности стационаров. Однако возникло и много проблем. Во-первых, чтобы уложиться в нормативы затрат по нозологиям, участились случаи преждевременной выписки пациентов и соответственно повторной госпитализации через 4-5 дней. Во-вторых, увеличилась нагрузка на лечебницы для выздоравливающих, которым отчасти приходилось компенсировать функции больниц, что нарушало границы специализации обоих типов учреждений и отрицательно влияло на эффективность их работы. Все это в конечном счете вело к снижению качества медицинского страхования и одновременному росту затрат на амбулаторное лечение. Кроме того, сами нормативы оставляли широкие возможности для манипулирования нагрузкой с выгодой для больниц,

например нечеткое формулирование диагноза, регулирование состав пациентов и т.д.

Следовательно, таким способом задача снижения непомерных темпов роста стоимости лечения не была решена и не было определено воздействие новой системы на качество лечения.

При правильном подходе нормативы возмещения затрат по нозологиям раскрывают присущее им важное достоинство: они позволяют обеспечивать ресурсами собственно лечебно-диагностический процесс, а не его искаженное отражение в применяемых ныне измерителях типа числа пациетно-дней, а тем более больничных коек.

Выделяют непрямую и прямую формы оплаты медицинских услуг. **Оплата непрямая -**это способ оплаты медицинских услуг пациентом по счету врачу. После оплаты клиент обращается за компенсацией своих затрат к страховой компании. Он играет роль контролера, поскольку заинтересован в достоверности выписанного счета. *Оплата прямая* - это способ оплаты медицинских услуг страховой компанией по счетам, прямо направляемым ей исполнителями медицинских услуг.

Оплата больничных услуг

Оплата за больничные услуги может быть выражена в виде:

1) оплаты **за** койко-день;

2) компенсации издержек больницы на основе сметы расходов за базовый период (метод глобального бюджета);

3) оплаты за случай;

4) оплаты за набор оказанных больницей услуг (в том числе гостиничных).

Оплата за *койко-день* применяется в ФРГ. Однако в этом случае больницы заинтересованы в затягивании сроков пребывания больных в стационаре. Отказ от этого метода финансирования больниц во Франции в 198 г. привел к немедленному сокращению коечного фонда на 20%.

Расчет со стационарами по ставкам дневных издержек за число койко-дней ведет к удорожанию лечения, так как каждый последующий день пребывания больного обходится дешевле, чем предыдущий, а оплачивается чаще всего по одним и тем же ставкам, в результате чего возникают стимулы к увеличению срока лечения.

Для исключения побудительных мотивов больниц к удлинению пребывания больного в стационаре некоторые страны отказались от традиционной оплаты за койко-день в пользу метода *глобального бюджета* или **оплаты за случай.** Например, во Франции и Нидерландах в начале каждого года местное отделение страховой компании рассматривает планируемый бюджет больниц, знакомится с планами по предстоящей госпитализации и длительности лечения и ведет переговоры с больницей. В случае обнаружения излишеств в бюджете, удлинения пребывания больных в стационаре и т.д. страховая компания вправе обратиться к правительственному инспектору, который в свою очередь может заставить больницу пересмотреть свои решения. При централизованной форме организации ОМС бюджет больницы

утверждается после совместного изучения страховым фондом и местными властями прошлогодней сметы расходов с учетом темпов инфляции и предложений по развитию этой сметы. Администрации страховых компаний известны число клиентов, пролеченных в больнице за истекший год, а также примерный объем и стоимость полученных ими медицинских услуг. Бюджет урезается, если эксперты считают возможным сократить расходы больниц. Больница может иметь твердый бюджет (как во Франции), или устанавливаются лимиты роста дневных издержек больниц (ФРГ, Нидерланды, Бельгия).

Оплата за случай чаще всего производится на основе метода КСГ. Оплата на *набор оказанных услуг* (в том числе гостиничных) чаще всего используется в частном МС. При этом стационары заинтересованы завышать объемы лечебно-диагностических процедур, что хорошо видно на примере США. В большинстве западноевропейских стран деятельность амбулаторной службы больниц финансируется из общих доходов.

3.3 Методика расчета и определения оплаты труда врачей

В условиях рынка доходы работников здравоохранения зависят от того, насколько удовлетворен клиент и обратится ли он по тому же адресу в следующий раз, когда ему понадобится медицинская помощь. Как уже говорилось, имеет значение, не только какое лечение получил пациент, но и как с ним обращались. За рубежом врач работает 9-10 часов в день. Его доход, как правило, превышает средний уровень заработной платы в стране.

Выделяют следующие формы оплаты труда врачей:

1) вознаграждение за основные виды услуг;

2) зарплата за численность обслуживаемого контингента (подушная оплата);

3) должностной оклад;

4) дифференцированная оплата за случай по тарифу; 5) смешанные системы.

Гонорарный принцип *оплаты за услуги* предполагает поэлементную оплату стоимости лечения: за каждую услугу, процедуру, операцию и прочее по существующим расценкам.

Оплата за услуги распространена в странах с частным страхованием и в некоторых странах с общественным страхованием (например, во Франции). Доход врача равен произведению стоимости услуг на их число.

При *подушевой оплате* врач общей практики получает фиксированную сумму за каждого приписанного к нему застрахованного независимо от объема предоставляемой помощи. Это стимулирует врача увеличивать число приписанных больных, в связи, с чем устанавливается предел. В контракте, заключаемом с врачом, оговаривается минимальное, среднее и максимальное число обслуживаемых клиентов. Если число клиентов, приписанных к врачу, меньше заданного минимального уровня, то на место этого врача объявляется

конкурс. Если число приписанных находится в пределах между минимальной и средней величиной, врач получает фиксированный оклад. При превышении среднего уровня за каждого приписанного доплачивается определенная сумма. Превышать максимальный уровень числа обслуживаемых пациентов запрещено. Подушевая оплата обычно сочетается с надбавками за квалификацию или за отдаленность местности, где практикует врач.

Такая система оплаты первичной медицинской помощи наиболее четко представлена в Великобритании и Нидерландах. Деятельность семейных врачей, работающих по контракту с национальной системой здравоохранения, оплачивается, как правило, по числу приписавшихся к ним пациентов. Дополнительно оплачивается каждое родовспоможение, услуги по планированию семьи и ряд других строго оговоренных услуг. Отдельно оплачиваются ночные визиты. Начисляются надбавки за работу в районах с недостаточной численностью врачей, за участие в групповой практике.

Подушевой принцип является разумным компромиссом между системой должностных окладов и гонорарной системой. Он создает материальный интерес к расширению объема МСП и в то же время ограничивает действие затратного механизма.

При *должностном окладе* (повременная оплата) главным стимулом является регулярное перезаключение контрактов. В больницах США, например, контракты перезаключаются каждые 2 года. При этом специальная комиссия оценивает работу врача за предыдущий период и рекомендует менеджеру больницы условия контракта.

Другой путь снижения издержек - поощрение групповой врачебной практики с предварительной оплатой. В этом случае группа врачей берет на себя обязательство обслуживать определенный контингент населения при условии предварительной уплаты страховыми агентствами ежемесячного финансового взноса. Таким образом, врачи получают фиксированные доходы независимо от объема лечебной помощи, поэтому им выгоднее предотвращать болезни, а не лечить их, особенно в стационаре. Поэтому усилия по профилактике болезней значительно возрастают. Эта система близка к подушевой системе возмещения стоимости лечения (58).

Оплата за случай - это выплата за осуществление помощи больному согласно классификатору диагнозов, что напоминает систему ДРГ. Она применяется редко в связи со сложностями в разработке стандартов оказания амбулаторной помощи.

При *смешанной* системе (например, в американских обществах по поддержанию здоровья) группа врачей зарабатывает деньги на основе "подушной" системы, внутри же группы средства распределяются в зависимости от объема оказанных услуг.

1.4 Определение на избыточность и потреблений медицинских услуг при финансировании ОМС

В связи с тем, что в развитых капиталистических странах расходы на здравоохранение растут гораздо быстрее, чем общий уровень цен и доходов, государственные структуры и частные предприниматели вынуждены искать пути достижения равновесия между постоянно увеличивающимися ценами и находящимися в их распоряжении ограниченными ресурсами, а также использовать новые методы управления.

Существует несколько таких возможных путей:

1) расходы могут быть ограничены только медицинскими целями;

2) могут быть перераспределены обязанности между стационарными и амбулаторными звеньями;

3) возможна рационализация управления стационарным медицинским обслуживанием;

4) может расширяться использование системы доплат за медицинские услуги;

5) могут увеличиваться страховые взносы пациентов в связи с развитием у людей чувства ответственности;

6) может уменьшаться уровень выплат;

7) все большее развитие может получить профилактическая медицина, и т.д.

Одновременно все эти меры должны также увеличить осведомленность страхуемых относительно финансовых последствий роста расходов на здравоохранение.

Используются различные способы регуляции потребления медицинских услуг. К ним можно отнести:

1) гарантированную форму оплаты счетов;

2) прямую оплату счетов с передачей контролирующих функций пациенту или семейному врачу;

3) систему участия в издержках.

При *гарантированной* форме оплаты пациент, получив от врача счет за оказанные услуги, сам оплачивает его полностью из личных средств, а затем представляет счет в свою страховую компанию для возмещения издержек. Страховая компания возмещает издержки клиентов на оплату врачей не автоматически, а после анализа счетов. Из выплачиваемой компенсации могут исключаться услуги, не входящие в программу обязательного страхования, а также суммы, превышающие утвержденные тарифы на стандартизованные услуги. В связи с этим у пациентов возникают заботы, связанные с получением обещанной страховым полисом бесплатной медицинской помощи. Расчеты на приеме у врача, обращение к страховой фирме, беседа со страховым агентом, необходимость заблаговременного анализа объема получаемой помощи и ее стоимости - все это служит психологическим препятствием для чрезмерно частого обращения к врачу без существенных на то оснований.

При *прямой* форме оплаты МСК оплачивает услуги непосредственно врачу или ЛПУ (предоплата, авансирование, депозитные суммы и др.). Врач не выдает счет на руки пациенту, а отсылает его в страховую компанию. В этом случае пациент длительное время не видит страхового счета и в известной мере отстранен от подсчетов страховых компенсаций. Это повышает вероятность недобросовестных действий врачей, выставления фиктивных счетов, приписывания не выполнявшихся процедур и т.п. Масштабы приписок могут быть так велики, что бельгийскому правительству, например, в 1986 г. пришлось полностью пересмотреть систему прямой оплаты счетов.

Борьба с приписками при прямом способе оплаты счетов ведется путем передачи контролирующих функций пациенту *(контроль пациентов)* или семейному врачу. В ФРГ, например, пациент должен ознакомиться с выписываемым ему счетом на приеме у врача и подписать его. Только подписанные счета оплачиваются страховой компанией. При *контроле семейных врачей* страховые компании оплачивают счета, поступающие от врачей-специалистов за их консультации, только если врач общей практики, к которому прикреплен пациент по своему выбору, подтверждает (санкционирует) полезность этой консультации или обследования. Это приводит к снижению числа консультаций специалистов в 2-4 раза по сравнению со странами, где такое визирование не введено.

С помощью *системы участия в издержках* достигается участие пациентов в финансировании медицинской помощи. Другими словами, на Западе кроме фондов социального страхования используются также непосредственные доплаты пациентами денежных средств за медицинское обслуживание. В среднем пациент оплачивает 20% стоимости лабораторных анализов, 25% гонорара врача, 20% стоимости больничного страхования (44). Даже в странах с развитыми системами соцстраха пациенты сами оплачивают от 12% (в Великобритании) до 28% (во Франции) общей стоимости медицинской помощи. Принцип бесплатности уже нигде не абсолютизируется. Тем самым повышается финансовое участие самих застрахованных в формировании страховых фондов. При этом доплаты дифференцируются по видам заболеваний, видам медицинской помощи, уровню доходов пациентов, состоянию их здоровья. Введение доплат служит делу поощрения лучших медиков, созданию у населения стимулов к более здоровому образу жизни, самоограничению в потреблении медицинской помощи. Следует, однако, осознавать, что из-за недоступности первичной медицинской помощи, как правило, увеличивается частота и длительность госпитализации, а отсюда растут затраты.

Итак, в большинстве стран действует принцип участия в издержках: определенная часть помощи в момент ее получения оплачивается самими застрахованными. С помощью системы участия клиентов в издержках решается сразу несколько задач:

– уменьшается избыточное использование медицинских услуг;

– облегчается доступ клиентов страховых компаний общего режима к услугам повышенной сервисности;

– уменьшаются финансовые проблемы страховых компаний, занимающихся страхованием пенсионеров и бедных.

Участие в издержках выгодно для обеих сторон - как для страховщика, так и для клиента, который соглашается на небольшую по стоимости страховку и на прямую оплату недорогих и банальных услуг врача. Одновременно у него появляется гарантия оплат страховой компании дорогих и серьезных медицинских услуг. Тем самым МСК приобретает дополнительную группу клиентов, решается проблема ограничения избыточного и необоснованного потребления медицинской помощи в случаях, когда она воспринимается пациентом как бесплатная. Даже в скандинавских странах (в Финляндии, Норвегии и Швеции) расходы на МС в значительной части несут сами трудящиеся. Широко используется местный уровень финансирования.

Часть издержек на оплату страховых медицинских услуг для своих работников берут на себя предприниматели, что приводит к увеличению себестоимости продукции, прежде всего в трудоемких сферах производства. При повторении контрактов работодатели, как правило, стремятся уменьшить размер страховых взносов. Чтобы снизить выплаты по страховым обязательствам и эффективнее контролировать цены на медицинские услуги, многие предприниматели отказались от услуг страховых компаний, и перешли на формы самофинансирования, заключая соглашения с общественными организациями поддержания здоровья или ассоциациями, предоставляющими услуги.

Из-за постоянного роста стоимости медицинской помощи все чаще национальные системы страхования здоровья на случай болезни или травмы не предусматривают в своих тарифах социальную помощь, и ряд контингентов (престарелые, инвалиды и др.) не имеют права пользоваться дополнительными видами услуг со стороны учреждений социальной помощи, а должны платить на это особый взнос.

Контрольные вопросы:

1. Какие решается несколько задач с помощью системы участия клиентов в издержках?
2. Действие контролирующих функций пациента *(контроль пациентов)*.
3. Перечень различных способов регуляции потребления медицинских услуг.
4. Пути достижения равновесия между постоянно увеличивающимися ценами и находящимися в их распоряжении ограниченными медицинскими ресурсами.
5. В условиях рынка доходы работников здравоохранения зависят, от каких показателей?
6. Основные формы оплаты труда врачей.
7. Методы оплаты врачам глобального бюджета или оплаты за случай.
8. Оплата врачам на основе фактических затрат, либо с помощью оплаты за совокупность услуг.
9. Источники оплаты лекарственной помощи медицинского страхования.
10. Модернизация платных медицинских услуг в системе здравоохранения.

ГЛАВА 4.

СТАНДАРТЫ ОМС И ОЦЕНКА ЕГО КАЧЕСТВА

4.1 Понятие и критерии ОМС

Внедрение принципов страхования здоровья приводит к тому, что возникает насущная необходимость разработки стандартов медицинского страхования. Эта проблема становится еще более актуальной, когда государство объявляет о гарантированности медицинской помощи, т.е. вводит ОМС. В этих условиях при отсутствии стандартов ЛПУ вместе со страховыми компаниями получают реальную возможность быстро свернуть гарантированный минимум медицинской помощи, который обычно заложен в базовой программе.

Усилия МСК в области контроля также обычно ограничиваются сферо их экономических интересов и не распространяются на другие аспект контроля качества медицинской помощи, которые волнуют потребителей первую очередь (доступность, результативность и т. п.). Между тем измерен эффективности медицинской помощи основано на достоверност анализируемой информации и служит потенциальным инструментом контро и сдерживания роста стоимости медицинского страхования.

Долгое время в нашей стране ни врача, ни пациента не волнова реальная цена медицинских услуг. Сейчас же этот вопрос стал одним и наиболее актуальных. Сама по себе проблема тарифов в страховании здоровь состоит из проблемы цен на медицинские услуги и проблемы страховы тарифов. Для бюджетных исполнителей платных услуг действуют достаточн жесткие правила разработки и утверждения цен. Однако в основе расцено медицинских услуг лежат бюджетные оценки, совершенно не пригодные дл купли-продажи медицинских услуг, поскольку они, по существу воспроизводят нормативы действующего финансирования здравоохранения не дают возможности расширять ресурсную базу, заменять ресурсы и т.д.

Цены на медицинские услуги

В медицинском страховании *цена (тариф)* - это денежная сумм взимаемая за конкретную медицинскую услугу или продукт (усредненно лечение определенного заболевания). Обычно цена разбивается на д составляющие: себестоимость (издержки, не облагаемые налогом на прибыл и прибыль. При расчете издержек следует исходить из *фактических расходо* затрат на расходные материалы, аренду, зарплату, амортизационны отчисления и т.п. Но если при расчете цен учитывать только фактически расходы, то инфляция приведет к быстрому проеданию основных фондов

труду специалистов. Поэтому используется такой показатель, как *вмененные издержки*: здесь учитываются инфляция, состояние рынка рабочей силы (зарплата должна удерживать специалистов, иначе они уйдут на другую работу), движение фондового рынка и т.д. Вмененные издержки - это денежные доходы, которые теряет владелец ресурсов при отказе от наиболее выгодного способа их использования. Разница между фактическими расходами и вмененными издержками у некоммерческих организаций может покрываться за счет небольшой прибыли, которая не должна распределяться среди их собственников.

Существует несколько методик, позволяющих определить цену на медицинскую услугу в зависимости от вида, типа, мощности ЛПУ. Для определения цен на медицинские услуги могут использоваться следующие методы:

1) расчет тарифов на основе *принципа безубыточности* - ценообразование исходя из издержек по производству, маркетингу и распределению услуг и с учетом получения желаемой прибыли;

2) расчет тарифов по методу *"непрямые издержки плюс прибыль"* - начисление стандартной наценки на себестоимость услуги;

3) установление тарифов на основе *ощущаемой ценности* услуги - ценообразование на основе покупательского восприятия ценностной значимости услуги, а не издержек продавца;

4) установление тарифов на основе уровня *текущих цен* - использование в качестве основы для расчетов в основном цен конкурентов, а не собственных издержек фирмы;

5) условные цены на основе *закрытых торгов* - расчет цены исходя из ожидаемых деловых предложений конкурентов, а не на основе показателей издержек или спроса (применяется в случае борьбы за подряд в процессе торгов);

6) *биржевые цены* на основе состоявшихся торгов - определение цены в условиях реального взаимодействия спроса и предложения. Цены, полученные различными методиками, как правило, несравнимы друг с другом.

Основные проблемы расчетов тарифов на медицинские услуги

При введении МС расчет тарифов не только довольно сложен, но и (особенно в переходный период) не всегда достижим. Его можно произвести исходя из фактических затрат за довольно длительный период времени, на основе теории ДРГ или с помощью экспертной оценки. Самое важное - установить четкую границу между обязательным и добровольным МС. При этом важно правильно оценить не только саму по себе стоимость услуг, но и соотношение между различными услугами, включить амортизационные расходы и т.д.

При разработке тарифов необходимы дополнительные сведения: нужна статистика территориального органа здравоохранения, объемов заболеваемости, профессиональной пригодности. Поэтому, перед тем как приступать к расчету стоимости медицинских услуг, необходимо провести

большую работу по сбору статистического материала по здравоохранению в регионе. Необходимо знать:

- общее число больничных коек;
- участковых врачей;
- специалистов и хирургов.

Исходя из этих данных, можно прогнозировать уровень использовани больничных коек и число осмотров пациентов на кабинет врача, выполняемы различными врачами. Это позволит рассчитать общие медицински потребности для региона. Если затем разделить общие потребности н численность населения, то получится средний уровень потребностей. Например, если среднее время пребывания в больнице составляет 0,5 дней н каждого жителя (как в США), то потребность в койках (при 70-процентно уровне использования больничной койки) составит две больничные койки н тысячу жителей. Общее количество дней пребывания в больнице на тысяч жителей составляет: 1000 x 0,5 = 500. Число дней пребывания в больниц обеспечиваемое имеющимися мощностями, составляет: 2 x 365 x 0,7 =51 Аналогичные данные можно рассчитать для хирургов, терапевтов и т.д. Эт составит макро основу для дальнейших расчетов.

Ключ к созданию адекватных тарифов - расклад затрат н стандартизованное лечение и медицинские манипуляции на различн организационные структуры (этапы) здравоохранения. Прямые расходы н медицинскую помощь включают все затраты, непосредственно связанные процессом лечения и с клиническими процедурами. Сюда относят стоимост манипуляций, лекарств, койки, труда медработника, реабилитационны процедур и т.п. Прямые индивидуальные расходы включают затраты н предоставление медицинских услуг главным образом на дому или в медицинского учреждения.

Большое значение имеет наличие перечня видов работ учрежден здравоохранения. Код видов работ учитывает тип и аккредитацию учреждени его подразделений, специальность и сертификат медицинского персонал аттестацию рабочих мест. Один и тот же вид работ, например текущий осмо больных в стационаре, консультация, операция и др., имеет разну себестоимость в зависимости от специализации отделения, сертификат персонала, его трудозатрат, сложностей лечебно-диагностического процесса т.д. Если в процессе лечения койка становится не ургентной, восстановительной, то цена ее меняется. При этом изменяется и оплата тру специалистов.

Важно четко определить интенсивность работы персонала. Так, в СШ сестринский уход разбит на несколько уровней по его интенсивности: единицу берутся одни сутки сестринского ухода определенной интенсивност Услуги операционной и блока интенсивной терапии оплачиваются на осно времени (минут) пребывания в них зарубежом в больницах чаще все практикуется дополнительное питание за счет пациентов. Посколь диагностика, консервативное лечение и радикальное лечение могут име разную интенсивность, используется коэффициент интенсивност

представляющий собой балльную градацию диагностических процедур, а также консервативного и оперативного лечения в зависимости от их сложности и стоимости. Итоговая стоимость диагностики и (или) лечения заболевания (состояния) у конкретного больного будет результатом учета всех этих показателей. Составить данные градации можно на основе экспертной оценки (см. ниже).

Затраты на лечение оформляются в виде счета за оказанные медицинские услуги или за продукт в целом (пролеченного больного). Способ оформления счета различен в разных странах. В счетах за медицинские услуги указываются либо совокупность издержек за каждую из оказанных услуг (в США), включая амортизацию оборудования, содержание помещений, заработки персонала, стоимость лекарств и материалов и т.п., либо стоимость койко-дня и срок пребывания больного в стационаре (в большинстве европейских больниц в системе ОМС). Однако расчет койко-дня ведется также на основе учета затрат больницы.

Конечно, расчетная цена в условиях свободного рынка может **только** служить ориентиром. В условиях же регулируемого МС она требует всестороннего обсуждения с участием заинтересованных сторон и последующего официального утверждения. Естественно, что тарифы следует постоянно корректировать с учетом инфляции и зачисленных новых статистических данных о затратах на лечение пациентов.

Сложности обычно возникают при внедрении новых медицинских технологий, которые часто отличаются и по цене, и по эффективности. Большое значение в этом случае имеет концепция экономически благоприятных затрат, которая позволяет выбрать при фиксированных ресурсах экономически наиболее выгодную технологию. Необходимым условием для полноценного экономического анализа затрат, связанных с медицинскими технологиями, является полноценная информационная база, основанная на официальных источниках. Экономический анализ стоимостных издержек, связанных с медицинскими технологиями, требует хорошего знания клинического процесса, понимания клинической эффективности технологий.

4.2 Принципы расчетов тарифов на основе текущих затрат

Главным структурным элементом тарифов является себестоимость и прибыль. Себестоимость служит исходной базой формирования тарифов. В ней должны быть учтены все необходимые затраты учреждений здравоохранения, связанные с оказанием медицинских услуг.

Структуру себестоимости можно представить в следующем виде:

1. Расходы на оплату труда.
2. Отчисления на государственное социальное страхование.
3. Отчисления на ОМС.
4. Канцелярские и хозяйственные расходы.

5. Расходы на командировки и служебные разъезды.

6. Расходы учебные, на производственную практику учащихся, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек.

7. Расходы на питание пациентов.

8. Расходы на спецпитание медперсонала, связанные с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями их труда.

9. Расходы на медикаменты и перевязочный материал.

10. Сумма ежегодного износа мягкого инвентаря и обмундирования.

11. Амортизация основных фондов (оборудования, инвентаря, зданий и сооружений).

12. Затраты на проведение всех видов ремонта (зданий и сооружений, оборудования, транспортных средств, находящихся на балансе учреждения).

13. Прочие расходы.

Расходы на оплату труда определяются на основе штатного расписания учреждения на текущий год (в пределах ассигнований на зарплату, предусмотренных по плану текущего года) с учетом принятых систем премирования, оплаты основных и дополнительных отпусков и других выплат, предусмотренных законодательством. Отчисления в пенсионный фонд, на социальное страхование и ОМС рассчитываются в соответствии с утвержденными нормами.

Канцелярские и хозяйственные расходы, расходы на командировки и служебные разъезды, расходы учебные, на производственную практику учащихся, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек принимаются по плану на текущий год. Расходы на питание пациентов определяются исходя из действующих норм расхода на одного человека в день, планируемого количества пациентов в год с учетом длительности их пребывания в лечебном учреждении. Расходы на спецпитание медперсонала рассчитываются исходя из действующих норм расхода на одного человека и числа работников по штатному расписанию, условия работы которых являются опасными для здоровья (в соответствии с перечнем таких работ (профессий) в учреждениях здравоохранения) (46, 79, 84).

Расходы на медикаменты и перевязочные средства для амбулаторно-поликлинических учреждений рассчитываются на основе действующих норм их расхода на пациента, планируемого числа пациентов на текущий год, а для стационарных учреждений с учетом длительности пребывания пациентов в них. Суммы ежегодного износа мягкого инвентаря и обмундирования, а также сумма одного износа (амортизация на реновацию) оборудования и инвентаря, зданий и сооружений определяются по данным бухгалтерского учета за предыдущие годы, скорректированным с учетом приобретения (выбытия) вышеназванных средств на момент разработки тарифов. Сумма амортизационных отчислений на полное восстановление вычисляется исходя из балансовой стоимости основных фондов и утвержденных в установленном порядке норм. В состав затрат на проведение всех видов ремонтов включаются расходы на текущий и капитальный ремонты основных фондов, которые определяются на основании данных бухгалтерского учета за предыдущие годы.

с учетом планируемых ремонтов в текущем году. Прочие расходы принимаются по плану на текущий год.

В результате расчетов исчисляются так называемые текущие затраты. Для получения полных затрат необходимо включить прибыли, сумма которых может быть различной. Для расчета прибыли при формировании тарифа на конкретную медицинскую услугу необходимо определить норматив рентабельности - отношение необходимой величины прибыли к себестоимости. Наиболее часто используется величина прибыли в размере 25% к текущим затратам. Размер прибыли, включаемой в тарифы на медицинские услуги, должен определяться исходя из величины фондов производственного и социального развития, материального поощрения и финансового резерва, необходимых для осуществления деятельности учреждения здравоохранения.

Итак, при расчете тарифов на основе определения затрат на данную медицинскую услугу принимаются во внимание следующие параметры: **общее время на услугу** - время в часах и минутах, затраченное бригадой (врачом, медсестрой) на услугу; *основная заработная плата* -зарплата врача или бригады (врачи, медсестры, санитарки, инженеры, операторы и т.д.), принимающей участие в оказании услуги. При этом учитывается время участия каждого специалиста в отдельности.

В зарплате специалиста должны быть отражены надбавки (за категорию, вредность и др.). Среднемесячная норма часов затраченного времени может корректироваться. Если услуга оказывается во внерабочее время, вводится коэффициент премиальной оплаты (например, 1,5), который также может изменяться. Основная заработная плата бригады - это сумма основных заработных плат специалистов, входящих в бригаду. Приведем пример исчисления основной заработной платы специалиста в бригаде:

Процент дополнительной заработной платы рассчитывается для каждого медицинского учреждения отдельно. При этом учитывается доплата в выходные и праздничные дни, доплата за часы ночной работы, замена отпусков и нештатный фонд. Все эти расчеты делаются по фактическим данным за базисный период. Процент дополнительной заработной платы может быть изменен. Совокупные затраты на заработную плату включают не только сумму основной и дополнительной заработной платы, но и отчисления на социальное и медицинское страхование, в пенсионный фонд, налоги на зарплату.

Стоимость медикаментов - это стоимость применяемых для услуги медикаментов, разовых систем, однократно применяемых материалов (рентгеновская пленка, различные бланки, реактивы, перчатки, шприцы, бинты, марля и т.д.). Стоимость медикаментов полностью включается в стоимость услуги. Годовая сумма износа мягкого инвентаря рассчитывается исходя из стоимости применяемых для услуг материалов и мягкого инвентаря (халаты, медицинские костюмы, матрацы, наволочки и т.д.) и сроков их эксплуатации. Все это берется из прейскуранта стоимости мягкого инвентаря. Приведем пример определения этой стоимости:

Амортизация оборудования рассчитывается исходя из балансовой стоимости аппаратуры и процента амортизационного отчисления, который

берется из специального справочника процентов амортизации медицинского оборудования. Стоимость амортизации определяется следующим образом:

Накладные расходы – обще больничные расходы, включающие зарплату административно - хозяйственного персонала, командировки, канцелярские и хозяйственные расходы, расходы на приобретение оборудования, капитальный ремонт и проч. Они составляют определенный процент от основной заработной платы, который может изменяться.

Далее суммируется *себестоимость* (сумма основной и дополнительной заработных плат, начислений, стоимости медикаментов, износи мягкого инвентаря, амортизации оборудования, накладные расходы) и *прибыль* (процент к общей сумме всех предполагаемых расходов) и получается стоимость услуги (определяемая как сумма себестоимости и прибыли).

Для расчетов необходимы следующие документы:

1) *расчеты цены услуги* (по формулам);

2) *справочники* (совокупность данных о зарплате персонала, износе оборудования, расходе медикаментов и материалов;

3) *изменение параметров* - корректировка коэффициентов и процентов, необходимых для расчета.

В справочниках медикаментов и материалов задается стоимость единицы измерения данного медикамента: 1 г., 1 кг, 1 л., 1 шт. и т.д.

При изменении зарплаты персонала, стоимости медикаментов, стоимости или срока эксплуатации материала, стоимости или коэффициента износа аппаратуры производится корректировка в стоимости процедур, При этом стоимость процедур, в которых присутствуют измененные данные, пересчитывается. Процедуры, стоимость которых не рассчитана или нуждается в корректировке из-за инфляции, и отделения, в которых есть такие процедуры, маркируются.

При сокращении должности, удалении из методики медикамента, материала или оборудования проверяется, задействован ли указанный элемент в процедурах. Если да, то необходим пересчет тарифов либо оставление в методике должности (медикамента и т.п.). На основании указанных принципов легко могут быть созданы (или куплены) компьютерные программы для расчетов.

4.3 Меры по обеспечению качества медицинской страховой помощи

Например, при расчете медицинских тарифов с помощью теории диагностических и родственных групп которые уже отмечалось, во всех странах мира цены на медицинские услуги постоянно растут и этот рост, как правило, опережает инфляционные процессы. Среди причин этого:

1) повышение цен на товары и услуги во всех областях экономики, не исключая и производство материально-технических ресурсов для здравоохранения, а также инфляция;

2) старение населения, приводящее к росту уровня хронических заболеваний и к увеличению потребности в медико-социальных услугах;

3) расширяющееся применение новых, более дорогостоящих технологий (катетеризации сосудов, компьютерной томографии, ударной литотрипсии, ядерно-магнитного резонанса и др.);

4) более широкое и массовое использование традиционных методов обследования (ЭКГ, биохимические анализы и др.);

5) изменение структуры затрат на здравоохранение, состоящее в росте доли затрат на содержание больниц (до 42% в США, и до 62% в Казахстане);

6) увеличение расходов на научно-медицинские исследования (в США 11% от всех ассигнований на науку в целом, а в Казахстане только 2,6%).

В качестве средства, сдерживающего рост цен на лечение, американские ученые, как уже отмечалось ранее, предложили при взаиморасчетах страховых компаний и медицинских учреждений использовать метод определения цены на медицинские продукты (в меньшей степени услуги) с помощью теории КСГ (в оригинале ДРГ). ДРГ - это группы стандартизированных технологий диагностики и лечения заболеваний в условиях больницы, сформированные по диагнозам в соответствии с МКБ. По существу, это классы заболеваний, близкие по стоимости лечения и его продолжительности. Они разрабатывались с целью сдерживания роста цен на основе сопоставления историй болезни свыше 7 млн. пациентов, выписанных из больниц США. Компьютеризированный вариант этой работы получил общемировое признание как универсальный метод стандартизации медицинских технологий. Упрощенные варианты ДРГ по отдельным медицинским специальностям именуются обычно клинико-статистическими группами.

Основой для выделения ДРГ после анализа миллионов историй болезни с помощью ЭВМ был системно-органный классификатор (например, урология, глазные болезни и т.п.), включающий 26 категорий заболеваний. В настоящее время насчитывается 477 таких групп, охватывающих около 10 тыс. диагнозов и 60 тыс. видов операций. Внутри каждой категории все случаи объединены по анатомическому принципу, по типу операции или другой процедуры, с учетом возраста, наличия сопутствующих болезней, исхода заболевания, а также сроков лечения и его стоимости. Интересно, что в США для расчета тарифов на оплату дробления камней почки понадобилось ввести дополнительную ДРГ.

Для каждой из групп на основании анализа больших объемов статистических данных рассчитаны доверительные границы, в которых в большинстве случаев колеблется стоимость лечения заболеваний данной группы. Предположим, например, что в 95% случаев стоимость лечения заболевания колеблется в пределах от 100 до 120 тыс. долл. Если данное заболевание входит в страховое покрытие, то в этих пределах МСО полностью оплачивает счета медицинских учреждений; если превышает рассчитанные пределы, то компания оплачивает лишь часть превышающей суммы либо не оплачивает перерасход вообще. При этом требования к качеству по-прежнему остаются высокими.

По мнению И.И.Введенской, расчет тарифов на основе теории ДРГ дает наиболее точное выражение стоимости медицинских услуг. Из-за особенностей организации здравоохранения в Казахстане требуется формирование КСГ для каждого этапа лечения. Основные этапы этой работы:

1) сведений о ходе лечебно-диагностического процесса из историй болезни на " карту учета затрат на одного больного";

2) экспертная оценка хода лечебно-диагностического процесса;

3) машинная обработка клинико-статистической группы:

а) изучение временных затрат медицинского персонала на лечение больных,

б) создание ценников медицинских услуг,

в) расчет административно-хозяйственных расходов на одного больного.

Одновременно ДРГ включает стандарты: качества лечения, оснащенности ЛПУ оборудованием, лекарственного обеспечения. При разработке ДРГ для экспертизы обычно отбирают истории болезни с исходами "выздоровление" и "улучшение". Однако при исходах "ухудшение" или "смерть" затраты могут быть даже большими, чем при положительных результатах лечения. Возникает вопрос: как оплачивать страховой компании лечение больных с такими исходами? Для определения временных затрат используются приказы Министерства здравоохранения РК N386, 642, 1440, в которых предусмотрены нормы времени для отпуска процедур. Но эти нормы далеко не всегда совпадают с реальными затратами времени (по данным хронометража и само хронометража).

ДРГ (КСГ) должны быть дифференцированы в зависимости от оснащенности стационара, квалификации врачей. Выделены КСГ трех категорий. Категория "А"- КСГ для больных, проходящих лечение в мощных клинических отделениях, оснащенных современным оборудованием, с высококвалифицированными кадрами и наилучшими результатами лечения. КСГ категории "В" применимы для средних по мощности и оснащенности больниц. В отделениях, располагающих минимально допустимым набором лечебно-диагностических возможностей, обеспечивающих достижение необходимого уровня качества, используется КСГ категории "С". Подобное разделение на категории стимулирует улучшение качества, введение новых методик для перехода в более высокую категорию.

Имея, с одной стороны, стандарт страхования больного и КСГ, а с другой - стоимость лечения, лечебные учреждения получают способ контроля за работой врачей, а также возможность адекватного планирования и финансирования в новых экономических условиях.

Далеко не всем очевидно, что расчеты по ДРГ являются оптимальным вариантом. Пока в мировой практике достаточно широко они используются в США и то лишь по одной программе "Медикер". В Великобритании используются только расчеты за пролеченного больного разной сложности по определенной специальности, т.е. упрощенные КСГ.

4.4 *Методика расчета медицинских тарифов ОМС (на бальной основе, для амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений).*

Существуют также расчеты тарифов на медицинские продукты (но не услуги) с помощью экспертной оценки. Экспертные методы измерения затрат ресурсов очень перспективны (46, 84). В отличие от статистического они не требуют больших затрат и не столь длительны. Экспертные методы - это группы количественных методов оценки специалистами-экспертами явлений и процессов, не поддающихся непосредственному измерению либо трудно измеряемых. При этом эксперт рассматривается как своего рода измерительный прибор. **Экспертная оценка** тарифов может проводиться с помощью заведующих отделениями или главных врачей. К сожалению, как правило, врачи не имеют специальной подготовки в области квалиметрии экспертных измерений.

Как уже говорилось, в последние годы за зарубежом для определения стоимости лечения больного той или иной группы также стали применяться новые подходы, например расчеты на основе **шкалы относительных ценностей** (США), когда каждая процедура оценивается условным количеством баллов, называемых "весом" процедуры. Установлено, что "средний" хирургический больной имеет весовой индекс 1,000. Остальные группы сравниваются с ним. Так, неосложненное грыжесечение имеет индекс 0,5793, радикальное удаление грудной железы 0,96984; неосложненная холецистэктомия 1,1400; гастрэктомия 1,7906; пересадка почки 4,6273; операция на митральном клапане 6,3400, и т.д. Ежегодно определяется стоимость одной единицы весового индекса. Цена лечения больного каждой группы вычисляется путем умножения стоимости единицы весового индекса на величину весового индекса конкретной группы, что позволяет исключить влияние инфляции на цены за стационарные услуги. В шкалу внесены коэффициенты, отражающие место расположения больницы, характер ее, число бедных больных в этом районе и т.д.

При использовании экспертной оценки следует:

1) рассмотреть задачу с позиций принятия решения;
2) четко сформулировать цель решения;
3) дать логическое обоснование методики и роли экспертов;
4) использовать небольшой объем входной информации;
5) упростить проведение экспертной оценки;
6) найти несколько лучших вариантов.

При балльной экспертной оценке сложности лечения заболеваний должны учитываться пропорции по поликлинике и по стационару, частота осложнений и т.д. Заболевания (или операции) можно оценить в баллах (или рангах) условно. К примеру, аппендэктомия, грыжесечение 10 баллов; холецистэктомия, ограниченная резекция тонкой кишки 25; резекция желудка, гемоколэктомия 50; субтотальная резекция желудка, обширная резекция кишки 75; гастрэктомия, экстирпация прямой кишки, резекция печени 100. Конечно, эти показатели взяты нами произвольно. Если возникает необходимость учета

стоимости различных по сложности процедур, то вводится коэффициент сложности (КС). Чем сложнее процедура, тем выше коэффициент.

В упрощенном варианте обсчет может включать следующие этапы:

1) определение общей суммы затрат больницы за год;

2) определение, сколько всего заболеваний (а не больных) пролечено и каких нозологии;

3) определение базовой нозологии (например, лечение грыжи), расходы на лечение которой (хотя бы по койко-дням) кажутся наименьшими (стоимость лечения данной нозологии следует принять за единицу);

4) определение с помощью анкетирования экспертов коэффициентов сложности (т.е. кратности стоимости) лечения других нозологии по отношению к базовой;

5) нахождение суммы кратностей всех пролеченных нозологии;

6) вычисление стоимости лечения базовой нозологии путем деления общей суммы затрат на кратность стоимости (базовой стоимости);

7) определение стоимости лечения каждой нозологии путем умножения базовой стоимости на определенную экспертами кратность.

Затем можно вычислить долю фонда зарплаты в лечении каждой нозологии с учетом мнения экспертов, то же сделать для лекарств, ввести поправочный коэффициент с учетом инфляции на стоимость медикаментов, на рост зарплаты и т.д. Получится усредненная стоимость лечения нозологии.

4.5 Методы финансирования ОМС в зарубежных государствах

Финансирование МС во Франции

Во Франции, Государственная МС в основном финансируется системой взносов, определяемых на основе среднего заработка, безотносительно к специфичности ожидаемого риска. Каждый человек платит в соответствии со своими возможностями и получает выплаты по своим потребностям. Этот тип финансирования инициирует обмен финансовых ресурсов внутри организованной системы коллективного страхования (национальной ответственности).

До 1985 года рост затрат на медицинские услуги превышал рост национального дохода. В последующем они уровнялись. Сейчас затраты на здравоохранение составляют более 8,2 % от национального дохода. В процентном отношении расходы на госпитализацию равны 46,7 %, на амбулаторное лечение - 28,8 %, на медикаменты - 20,1% этих затрат. Более 70 % финансов здравоохранения обеспечивается государственными программами ОМС, более 4 % - государством, более 16 % - частными вкладчиками и, наконец, 9 % - обществами взаимопомощи и частными медицинскими программами. С другой стороны, государство выплачивает лишь 2% страховых сборов по общей системе социального страхования.

Работодатели страны вносят более 60% платежей в кассы социального страхования, которые бывают трех типов:

1) касса страхования по старости,

2) касса семейных пособий,

3) касса страхования от болезней. Остальные 40 % платежей поступает от индивидуальных договоров страхования.

Для инвалидов и калек имеется фонд социальной помощи. Государственное страхование здоровья оплачивается и за счет отчислений определенного процента от зарплаты работающего. Используется регрессивная шкала налогов. Имеются специальные режимы МС для высокооплачиваемых, и распространена практика "капитализации". Пенсионный фонд принимает участие в финансировании медицинской помощи пожилым через фонды страхования здоровья. Для сбора налогов на региональном уровне созданы неправительственные организации, в состав которых входят представители профсоюзов и предпринимателей. Собрав налоги, они направляют их в национальные страховые фонды.

Все слои населения участвуют в покрытии расходов государства на медицинскую помощь. Платят взносы даже пенсионеры, хотя значительно меньше, чем работающие. В основном, половина средств поступает от работающих, а половина средств от работодателей. Несмотря на отчисления предпринимателей (60 %), МСО постоянно нуждаются в деньгах.

Система централизации фондов ОМС базируется на едином страховом фонде, которым управляет центральный орган социального страхования. Хотя определенные функции передаются местным отделениям, но в целом они действуют в русле задаваемой сверху финансовой политики. Их возможности привлечения средств лимитируются центральной организацией. Для покрытия разницы между платежами за счет взносов и реально истраченными на медицинские услуги суммами бедным и безработным предоставляются государственные субсидии. При этом страховые фонды обеспечивают лишь текущие расходы, а бюджетные средства идут на новое строительство.

По нормативам на койко-день финансируется только собственная стационарная помощь, затраты на амбулаторный прием покрываются из отдельного фонда, формируемого страховыми агентствами при участии самих пациентов, оплачивающих 20% стоимости этих услуг. За каждый амбулаторный прием врачи больниц получают исчисленный по действующей шкале расценок гонорар, который, как правило, выше, чем оплата услуг врачей общего профиля. По традиции узкие специалисты оплачиваются выше. В частных больницах сумма гонораров идет врачу, а в государственных - в общий гонорарный фонд, который затем делится среди врачей с учетом их нагрузки, квалификации, должности.

Тарифы

До 75% стоимости медицинских услуг покрывает государственная система МС, остальные 25 % - профессиональные страховые организации, созданные на предприятиях по отраслям. Оплата медицинской помощи осуществляется по установленным государством тарифам. Врачи должны придерживаться тарифов при выставлении счета за лечение. Введены лимиты ставок гонораров. Государство осуществляет контроль за гонорарами и

исполнением национального соглашения. В этом активно участвуют страховые кассы и профсоюзы, Доля административных расходов составляет 6-8% от общих расходов на содержание больницы.

Покрытие

Хотя клиенты практически лишены права выбора страховой организации (38), затраты на лечение им не возмещаются полностью. Заболевший гражданин оплачивает первичное обращение к врачу (100 фр. в 1990 г.). Лишь после этого к оплате подключается больничная касса. При первичном посещении врач осматривает больного, предписывает лечение и дает контрольный талон, на котором указывает имя и фамилию пациента, заболевание, методы лечения. По этому талону больной получает лекарства на один месяц. Фармацевт вносит в талон список полученных лекарств и их стоимость. Если болезнь осложнилась, если пациент старик "или ему нет 25 лет, а доходы его невелики, то существуют так называемые льготные талоны на лечение. Они же выдаются беременным женщинам.

Как уже говорилось, население оплачивает 25% гонорара врача за визит на дом или консультацию специалиста в его приемной, 30% гонорара стоматолога, 20% стоимости больничного страхования, 10% стоимости незаменимых препаратов, 30% расходов на медикаменты, лабораторные анализы, оптику и др.

Чтобы получить компенсацию расходов, больной представляет контрольный талон в первичную страховую кассу. Но расходы возмещаются не полностью. Однако пациент может приобрести частную страховку, покрывающую эти расходы. От доплат освобождаются многие социально неблагополучные категории населения, например хронические больные, безработные и лица, подвергшиеся длительной госпитализации. Стоимость стационарного лечения компенсируется только на 80%, услуги стоматолога - на 75%, стоимость лекарств оплачивается в размере 40%, если эти лекарства не признана страховой кассой необходимыми. Стоимость 84% всех выписываемых врачом лекарств возмещается пациентам полностью из вышеупомянутых источников. Существует список заболеваний, затраты на лечение которых возмещаются больному полностью. От доплат за лекарства также освобождаются многие социально неблагополучные категории населения: хронические больные, безработные. При длительной госпитализации применяются льготы.

Стоматологические услуги фондами общего режима страхования оплачиваются по минимуму. Пациент может выбрать лучшие варианты протезирования, но при этом он обязан оплатить разницу в цене. При решении вопросов организации и финансирования долговременной помощи тесно взаимодействуют пенсионная система и программы обязательного медицинского страхования здоровья. Однако отсутствует единый подход в определении показаний для направления пациентов в дома сестринского ухода, в больницы продленного лечения, в службы помощи на дому; не разработаны тарифы на услуги долговременной помощи; не определен порядок "участия в издержках" со стороны пациентов.

Стандартов лечения различных заболеваний не существует. По мнению специалистов, это затрудняет по контроли за качеством медицинской помощи. Необходимость разработки стандартов лечения вызвана также опережающим ростом затрат на здравоохранение по сравнению с ростом национального дохода, что в свою очередь может вызываться необоснованным применением при лечении заболеваний дорогостоящих медицинских технологий (98).

Для контроля качества лечения создан объединенный национальный комитет с контрольными функциями, который разрабатывает общую методологию проверок, а его местные комитеты регламентируют порядок взаимодействия врачей-контролеров с врачами частной практики. Больницы должны сообщать страховым компаниям о каждом случае пребывания больного на койке свыше 20 дней, подробно мотивируя необходимость продолжения лечения.

Особенности финансирование здравоохранении в Великобритании

Расходы на здравоохранение составляют 10-11 % от госбюджета и почти 8 % от валового национального продукта. В Великобритании расходы на здравоохранение в 2 раза ниже, чем в США, однако показатели здоровья англичан те же или даже чуть выше, чем у американцев. Но здесь больше очереди на плановые операции. Национальная служба здоровья ежегодно тратит около 23 млн. ф. ст. Около 90% от этой суммы поступают в виде общих налогов, а 10% из системы Национального страхования (NI) от работодателей, наемных работников и в виде самострахования. Пособия по безработице, компенсации потерь доходов вследствие длительных и кратковременных заболеваний, производственных травм и расстройств обеспечиваются за счет государственной системы социального обеспечения, которая финансируется так же, как Национальная служба здоровья. Около 88% стоимости поступлений от системы Национального страхования покрываются взносами клиентов, остающаяся часть обеспечивается государственными субсидиями.

Базовые медицинские услуги для англичан бесплатны. Небольшая, чисто номинальная плата производится за некоторые фармацевтические, офтальмологические и стоматологические услуги, хотя имеется множество льгот, например для беременных женщин, детей, старых и хронически больных людей. Существуют льготы для безработных. В основном используются расчеты за пролеченного больного в зависимости от степени сложности заболевания и с учетом медицинской специальности (т. е. на основе упрощенных ДРГ).

Финансирование здравоохранения Германии

Расходы на здравоохранение, почти 60% которых идет на оплату стоимости лечения, включающей стоимость превентивных мер и реабилитации, выплаты пособий вследствие болезни, стоимость обучения, исследований и различных специальных мероприятий, потребляют до 9,5% валового национального продукта. Около 50% этих расходов финансируется государственным МС, немногим более 5% частным, примерно 16% и 13% соответственно предпринимателями и благотворительными обществами.

Оплата больничной помощи производится частными МСО, однако оплату страхового полиса берет на себя государство. Субсидии очень часто выделяются через пенсионные фонды. Различные формы страховых взносов и налогов направляются в соответствующие фонды (пенсионный, медицинский и др.), которые используют также средства от земельных (местных) страховых налогов.

Методы страхования. Практически все население (около 99,7%) охвачено той или иной формой МС. Более чем 40% от 88% населения, включенного в государственные программы МС, осуществляют обязательное членство и только 20% - добровольное. Причем последние могут выбирать между государственным и частным МС. Около 9,3% населения имеют только частную страховку в форме полного возмещения медицинских затрат. Общее число людей с частной страховкой включает 8% членов государственных программ, имеющих частный страховой полис по дополнительному возмещению не покрытых государством затрат. Более 2,4 % имеют различные виды страховок, а у оставшихся нет страховых полисов. Пенсионер в принципе может выбирать между скромной территориальной кассой и богатой эрзацкассой, однако если он беден, то путь в эрзацкассу для него закрыт. Поэтому у лиц с низкими и средними доходами практически нет права выбора страховой организации.

Работающие сами оплачивают страховку. Существует *обязательное и добровольное* медицинское страхование. Если человек работает, то он страхуется в обязательном порядке, однако существуют некоторые различия в положении работающих по найму, не получающих зарплату пенсионеров, студентов, безработных, получающих пособие по безработице, лиц, работающих на земле (фермеров), родственников шахтеров и т.д. Иждивенцы страхуются автоматически, если глава семьи получает работу.

Итак, в целом более 89% населения вовлечены в ОМС (страхование на случай болезни или травмы), около 9% - в ДМС, 2% обеспечиваются бесплатной медицинской помощью (военнослужащие, полиция). Около 7% из числа обеспеченных ОМС имеют и полис ДМС.

Задачи медицинского страхования узаконены. Это раннее распознавание болезни; медицинские услуги, направленные на реабилитацию; медицинские услуги при заболеваниях; обеспечение медицинской помощи при родах; компенсация близким в случае смерти; компенсация при утрате кормильца. *Больничное страхование* основывается на следующих принципах:

1) социальная сетка;

2) взаимосвязь пенсионного и больничного страхования;

3) взаимоотношения служб страхования от безработицы и общественных служб здоровья. Учитывается уровень финансирования, уровень финансового обеспечения наемного работника и рост расходов в больничном страховании.

Двойная система страхования здоровья для защиты населения в случае болезни, которая существует в ФРГ, характеризуется одновременным действием частных и государственных организаций. Государственное МС также обеспечивает выплаты, покрывающие затраты на лечение, и

компенсацию при потере заработка в случае болезни, беременности или болезни вследствие несчастного случая.

В принципе закон предполагает, что все работающие должны быть застрахованы от болезни, хотя это государственное МС не является обязательным для "белых и синих воротничков", чей доход ограничен определенным уровнем, величина которого ежегодно пересматривается в соответствии с изменениями среднего заработка.

Трудящиеся могут выбирать между государственным и частным сектором или менять один на другой в двух случаях:

- если профессиональный доход превышает лимит обязательного страхования, то они сначала могут принадлежать к программе ОМС как добровольно страхуемые в течение короткого периода, а затем не подлежат обязательному страхованию;

- если доход трудящихся сначала был ниже лимита, но затем превысил лимит в результате увеличения в жаловании или зарплате, то они не являются более объектом обязательного страхования. Они могут оставаться членами государственных страховых программ как добровольные страхуемые или выбрать частное МС.

Трудящиеся, покинувшие государственную программу МС, а затем вернувшиеся обратно в сферу обязательного страхования, если они превышают лимит, могут быть исключены из членов государственных программ страхования. Кроме "белых и синих воротничков" есть и другие категории, которые не обеспечиваются государственными программами МС. Следовательно, лица свободных и независимых профессий должны составлять собственное соглашение по страхованию здоровья. В аналогичном положении находятся гражданские служащие, которые получают значительное страховое покрытие в результате выплат их нанимателей и не подлежат обязательному членству в государственных страховых программах. Гражданские служащие и работающие на себя могут не присоединяться к государственным программам обязательного страхования здоровья на добровольной основе, даже когда их заработок опускается ниже определенного уровня для обязательного страхования. ОС по пенсионерской государственной медицинской страховой программе, которое вступает в силу после выхода на пенсию, не применяется к пенсионерам, которые не были членами государственных страховых программ большую часть их трудовой жизни. Обеспечение покрытия для этих людей - исключительно обязанность частного МС.

Есть другие группы населения, например студенты, учащиеся и сезонные рабочие, которые по закону подлежат обязательному страхованию здоровья по государственной медицинской страховой программе, однако есть исключения из этого правила. Незастрахованным может оказываться минимальная медицинская помощь государственными лечебными учреждениями.

Кроме МС существует государственное пенсионное страхование, государственное страхование по безработице, государственное страхование от несчастных случаев. Уровень взносов по пенсионному страхованию и страхованию от безработицы устанавливается законом. Любопытно, что в ФРГ

действует закон интегрированного воспитания здоровых детей и детей-инвалидов: в каждой группе 2-3 ребенка-инвалида, и здоровые их возят на коляске.

В Швейцарии Финансирование страхование осуществляется

Источники финансирования могут быть разделены на три категории:

1) местные и конгосударственные власти (конгосударства, кантона, коммуны);

2) государственное страхование (нетрудоспособности, страхование военнослужащих, страхование здоровья и несчастных случаев);

3) взносы частных страхователей (здоровья, несчастных случаев и задолженности) и доплата клиентов.

Власти покрывают около 37% стоимости медицинских услуг (большая часть покрывается кантонами), около 28% обеспечиваются государственным страхованием и оставшиеся 35% распределяются между частным страхованием и пациентами, платящими лично. Такое соотношение этих трех источников финансирования было наиболее стабильным на протяжении ряда лет.

Фонды страховых касс формируются следующим образом: более 78 % платят застрахованные, 0,02% - наниматели и более 21 % - государство. Стоимость здравоохранения в последние 20 лет постоянно возрастала. Общая стоимость общественного здравоохранения близка к 8% валового национального продукта. Стоимость лечения в больницах составляла 46% от общих расходов, оплата частных врачей 17 %, стоимость лекарств около 15%, лечение зубов около 10% и, наконец, стоимость обучения и исследований - около 5,5%. Баланс дополняется стоимостью парамедицинского страхования: тестов и т.д.

Национальное правительство предоставляет всем больничным фондам помимо обычных страховых налогов с предпринимателей прямые гранты (дотации) на застрахованных, зависящие от пола, возраста и т.п. Причем субсидии предоставляются конкретным лицам, чтобы те имели возможность уплатить страховой взнос в выбранную ими страховую компанию. Субсидии в большей степени выделяются больничным фондам, чем пенсионным. Кантоны автоматически субсидируют больницы в случае возникновения у них бюджетного дефицита. Государство посредством грантов доплачивает страховым компаниям за каждого пожилого застрахованного, а также за детей, реже - за женщин.

Обязательное страхование здоровья обеспечивается за счет сбора страховых взносов. Взносы являются сглаженными: величина страхового взноса зависит от возраста клиента в момент страхования: чем раньше оформлена страховка, тем меньше размер взноса.

Контрольные вопросы:

1. Источники финансирования страхования во Франции и Швейцарии.
2. Двойная система страхования здоровья в Германии.
3. Финансирование здравоохранения Германии
4. Особенности финансирование здравоохранении в Великобритании
5. Стоматологические услуги фондами общего режима страхования.
6. Система централизации фондов ОМС их тарифы, покрытие.
7. Обща система социального страхования.
8. Общая методика расчета медицинских тарифов ОМС
9. Меры по обеспечению качества медицинской страховой помощи.
10. Необходимые затраты учреждений здравоохранения, связанные с оказанием медицинских услуг и структура их себестоимости.
11. Общее время на медицинскую услугу.
12. Цены на медицинские услуги
13. Основные проблемы расчетов тарифов на медицинские услуги.

4.6 Актуарные расчеты ОМС, инновационные модели

Прежде чем определить, какую сумму каждому из страхователей надлежит внести в общий страховой фонд, необходимо установить объем финансовых обязательств страховщика или размеры предстоящих оплат по договорам страхования. Страховщик должен знать цены на медицинские и дополнительные услуги, располагать сведениями о том, сколько лиц из числа застрахованных может заболеть в течение срока страхования и сколько из них выздоровеет, какое время займет лечение, сколько будет осложнений и т.д. Зная страховые суммы, легко вычислить суммы предстоящих выплат.

При исчислении страховых тарифов важно соблюдать ряд принципов:

1. *Эквивалентность* страховых отношений: нетто - ставка должна максимально соответствовать вероятности ущерба. Тарифные ставки обычно устанавливаются в масштабе областей в среднем за 5 или 10 лет.

2. *Доступность* страховых тарифов для широкого круга страхователей.

3. *Стабильность* размеров страховых тарифов на протяжении длительного времени, что укрепляет уверенность у страхователей. Повышение тарифных ставок возможно лишь при неуклонном росте убыточности страховой суммы в целях обеспечения безубыточного проведения страхования.

4. *Расширение объема* страховой ответственности, если это позволяют сделать действующие тарифные ставки.

5. Обеспечение самоокупаемости и рентабельности страховых операций, которые должны покрывать расходы страховщика и даже обеспечивать некоторое превышение доходов над расходами (прибыль страховщика). Она может в плановом порядке закладываться в нагрузку к тарифной ставке. Однако, если фактическая убыточность страховой суммы в благоприятном году окажется ниже действующей нетто-ставки, образующаяся экономия может

быть распределена по двум направлениям: частично в запасный фонд страховщика и частично на пополнение его прибыли.

6. *Дифференциация тарифов* учитывает различия в уровне убыточности страховой суммы (территориальная, например, - на селе и в городе). Существует также дифференциация тарифов по категориям страхователей, по степени риска и т.д.

Ставки страхования должны различаться в зависимости от состояния здоровья застрахованных.

На основе статистических наблюдений над заболеваемостью населения исчисляются вероятности возникновения тех или иных заболеваний для разных возрастов и строятся таблицы заболеваемости. Эти таблицы используются для расчета тарифных ставок. При этом посредством долгосрочных финансовых исчислений ставки занижаются на сумму того дохода, который будет получен в виде ссудного процента на средства страховщика, используемые в качестве кредитных ресурсов. Помимо тарифных ставок вычисляется необходимый резерв взносов по каждому договору страхования, а также совокупный резерв взносов всей страховой организации.

Основная задача, которая ставится при построении страховых медицинских тарифов, связана с определением вероятной суммы ущерба (плата за лечение), приходящейся на каждого застрахованного или на единицу страховой суммы. Если тарифная ставка достаточно достоверно отражает вероятный ущерб, то обеспечивается необходимая раскладка ущерба между страхователями. При установлении страховых тарифов надо учитывать также необходимость упрощения организации работы по проведению страхования (заключение договоров, исчисление платежей). Поэтому дифференциация целесообразна только при существенных различиях в среднем уровне выплат возмещения. Кроме того, должна быть обеспечена доступность размеров страховых тарифов для основной массы страхователей. При доступных тарифах достигается большая эффективность страхования. Тарифы должны быть стабильными. В благоприятные годы фактическая экономия нетто-ставок должна направляться на формирование запасного фонда.

Финансовая устойчивость страховых операций - это постоянное балансирование или превышение доходов над расходами страховщика в целом по страховому фонду. Это возможно при оптимальных размерах тарифных ставок и концентрации средств страхового фонда по территориальной и временной раскладке ущерба. Более оптимальная концентрация средств страхового фонда достигается при неуклонном росте числа страхователей и застрахованных объектов.

Как указывалось, *страховой тариф (ставка)* - это денежная плата со 100 тенге. страховой суммы в год. С помощью страховых тарифов исчисляются уплачиваемые страхователями *страховые взносы (платежи, премии)*, представляющие собой произведение страхового тарифа, выраженного в деньгах, и числа сотен страховой суммы либо процента тарифной ставки и совокупной страховой суммы, деленный на 100. *Групповой страховой взнос* - это такой страховой взнос, который вносится страхователем при страховании

группы лиц, работающих по найму. За счет страховых платежей формируется страховой фонд для выплат страхового возмещения, а также оплаты накладных расходов страховщика.

Иными слонами, страховая премия - это некая сумма денег, которую потребитель медицинских услуг (застрахованный) или страхователь платит МСК в обмен па гарантию того, что при возникновении страхового случая (заболевания) он получит компенсацию (лечение) в оговоренных размерах. Суть в том, что сумма, которую страхователь платит компании, обычно значительно меньше той, которую он получит в виде компенсаций (оплата лечения). Так как при этом рискуют оба: компания - если счет за лечение превысит ставку, страхователь - если застрахованные не заболеют вообще, в тарифной ставке компания должна учесть возможный риск. Тарифная ставка тесно связана с объемом страховой ответственности. Установление расширенного и ограниченного объема страховой ответственности находит выражение в тарифных ставках.

В основе расчета страхового фонда лежит теория вероятностей. Взнос за каждого застрахованного соответствует вероятности наступления предусмотренных договором страховых событий. Факт заболевания относится в категории случайных величин. При расчете нетто-ставки принято исходить из равенства: П = В (платеж = возмещению). Так, если определенное заболевание возникает у 120 человек на каждые 10 тыс. населения, то вероятность заболевания равна 0,012, Следовательно, при страховом портфеле, равном 10 тыс. человек, придется оплачивать лечение 120 человек. Если стоимость лечения составляет 100 тыс. тенге., страховой фонд должен быть 12 млн. тенге. (120 х 100000). Зная, что из 100 тыс. застрахованных вероятно заболеют 1200 человек, вычислим тарифную ставку на 1 тыс. тенге. страховой суммы. Она будет равна 12х[(1000 х 1200): 100000] тенге.

Тариф является математическим ожиданием выплаты. Он показывает, что с каждого застрахованного следует взимать за лечение не 100 тыс. тенге., а 1200 тенге. и не возвращать деньги тем, кто не заболел. Это и есть **нетто-ставка**. В состав страховой премии входит рисковая надбавка, необходимая для создания запасного фонда. Это обусловлено тем, что вероятность заболевания является средней величиной. На практике число заболевших обязательно будет колебаться (например, на протяжении 5 лет возможно заболело: 125, 121, 115, 119, 120 человек). Если в первый год будет 125 заболевших, то у страховщика денег хватит только на 120 из них. Для того чтобы этого не произошло, за счет *рисковой надбавки* (РН) создается *апасной фонд*. РН исчисляется на основе среднего квадратичного отклонения по формуле:

(РН = кв. кор. из суммы квадрата отклонений каждой варианты от средней арифметической, деленной на n-1), где q - число страховых событий каждого года, - среднее число страховых событий, n - "тарифный период" - число лет, за которые имеются сведения.

В нашем случае рисковая надбавка должна исходить из 3,6 добавочных случаев заболеваний. Тогда страховая премия (тариф) составит 12,36 тенге., что гарантирует устойчивость страховых операций. Если ряд неустойчив (медиана

не совпадает со средним арифметическим), надо либо увеличить тарифный период, либо взять двойное среднее квадратичное отклонение (нетто-ставка составит 12,72 тенге.), что повышает устойчивость с 68 до 95%.

При разработке страховых тарифов широко используется понятие страхового риска, который выражается в процентах. Так, 5-процентный уровень риска в медицинском страховании означает, что если из 100 застрахованных 5 человек предъявят счет (клейм) по максимальной сумме, то оставшиеся 95 человек вообще ни разу не обратятся за медпомощью. При этом максимальная разовая годовая величина страховой выплаты равна страховому взносу, умноженному на фактор риска.

Если динамический ряд основы нетто-ставки является устойчивым (медиана его достаточно близка к средней арифметической), то в качестве рисковой надбавки достаточно применить однократное среднее квадратичное отклонение от средней величины основы нетто-ставки. При неустойчивости ряда требуется применение двукратной рисковой надбавки.

Полная тарифная ставка, по которой заключается договор страхования, называется *брутто-ставкой.* Она состоит из нетто-ставки, выражающей цену страхового риска, и нагрузки, которая компенсирует расходы на организацию и проведение страхового дела (хозяйственные расходы, фонд оплаты труда со страховыми надбавками, расходы на маркетинг, отчисления в фонды стабилизации), и прибыли. Однако при каких-то заболеваниях стоимость лечения высока и прибыль может в нее не включаться, чтобы не отпугнуть клиента. Фактические затраты на проведение соответствующего вида страхования рассчитываются по данным действующей бухгалтерской и статистической отчетности, а затем определяется их удельный вес (в процентах) к совокупной сумме поступивших за тот же период страховых платежей. Методика расчета *нагрузки* к нетто-ставке основана на определении фактических затрат на содержание страховых органов при том или ином виде страхования, как правило, за последние 1-2 года, поскольку удельный вес нагрузки в брутто-ставке имеет тенденцию к снижению. Например, указанные затраты по обязательному страхованию состоят:

1) расходов на оплату труда страховых работников;

2) административно-управленческих расходов;

3) отчислений от страховых платежей на предупредительные мероприятия;

4) отчислений в запасные фонды;

5) расходов на подготовку банковской документации, на проведение массово-разъяснительной работы, на предоставление льгот, на обучение кадров.

Важной статьей в добровольном страховании является процентное вознаграждение страховым агентам и бухгалтерам предприятий, где проводится безналичная уплата страховых взносов.

Нагрузка составляет меньшую часть брутто-ставки (в зависимости от формы и вида страхования она колеблется от 9 до 25%). Для расчета нагрузки (Н) применяется формула:

где В - брутто-ставка, N - нетто-ставка.

В свою очередь брутто-ставку можно рассчитать по формуле:

где Н - удельный вес нагрузки в брутто-ставке, определенный на основе расчета фактических накладных расходов страховщика за последние 1-2 года и выраженный в процентах. Например, если Н(%) равен 20%, а N = 17 тиын., то В = 22 тиын. Отсюда нагрузка: 22 - 17 = 5 тиын.

Чем больше застрахованных субъектов и выше размер средней тарифной ставки, тем меньше может быть показатель дефицитности средств (К), т.е. степень вариации, и соответственно выше финансовая устойчивость страховых операций. Обычно К=0,001%. Для оценки финансовой устойчивости можно использовать следующую формулу:

где Кфу - коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда, Д - сумма доходен страховщика за тарифный период, Р - сумма расходов за тот же период, З - сумма средств в запасных фондах. Коэффициент должен превышать 1, когда сумма доходов за тарифный период с учетом остатка средств в запасных фондах превышает все расходы страховщика за этот же период. Следовательно, необходима достаточная концентрация средств в страховых фондах, постоянных запасных фондах, что помогает в неблагоприятные годы возмещать чрезвычайный ущерб и тем самым обеспечивать раскладку ущерба во времени.

Для актуарных расчетов можно использовать не только экспертную, но и смешанную методику расчета страховых тарифов. В ее основе лежат статистические данные о заболеваемости населения, с учетом пола и возраста (эти данные имеются в любой районной поликлинике) и результаты экспертных опросов о компонентах курсов лечения наиболее часто встречающихся заболеваний. А для того чтобы балльная оценка стоимости лечения различных заболеваний была в большей степени привязана к данному больному, можно ввести поправочные коэффициенты (которые в свою очередь также должны быть проверены (или выведены) на основе экспертной балльной оценки.

Частота страховых случаев меняется из года в год, изменяется и сам клиент (по крайней мере знание страховщика о нем); кроме того, в любой стране имеется пусть и минимальная, но инфляция (а для Казахстане это особенно актуально). Все это заставляет страховщиков корректировать свои актуарные расчеты и изменять расценки.

Для нормальной работы страховщика первостепенную роль играет рациональная *тарифная политика,* т.е. целенаправленная деятельность страховщика по установлению, уточнению и упорядочению страховых тарифов в интересах успешного и безубыточного страхования. Для этого нетто-ставки должны максимально соответствовать вероятности ущерба, а тарифы - быть доступными для широкого круга клиентов и как можно более стабильными; страховая ответственность должна быть максимальной при данном уровне премий и обеспечивать самоокупаемость страховых операций (62, 70).

При страховых тарифах в 10% и более степень уменьшения прибыли страхователей становится чрезмерной. Наиболее распространена ставка в 5-6%

Контрольные вопросы:

1. Что такое тарифная политика страховщика?
2. Методика расчета *нагрузки* к нетто-ставке на определении фактических затрат на содержание страховых органов.
3. Применение брутто-ставкой в страховании.
4. Расчет страхового фонда методом теория вероятностей.
5. Финансовая устойчивость страховых операций страхового фонда.
6. Определите ставку страхования в зависимости от состояния здоровья застрахованных пациентов.
7. Как обеспечить самоокупаемости и рентабельности страховых операций.
8. При исчислении страховых тарифов как соблюдается ряд их принципов.

ГЛАВА 5.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ ЭКОНОМИКИ

5.1 Проблемы развития экономической эффективности здравоохранения

Здоровье населения является критерием качества народонаселения. Здоровье населения и экономика тесно связаны друг с другом. Уровень экономического развития, благосостояния отражаются на состоянии здоровья населения. Здоровье населения определяет способность к воспроизводству трудового потенциала, трудовых ресурсов. Такие же факторы здоровья, как старение населения, распространение заболеваний, наступлений инвалидности, наносят ущерб производительным силам общества, сказываются на экономическом развитии страны.

Проблему развития здравоохранения можно подразделить на несколько блоков. Первый из них определяет выбор стратегии развития здравоохранения с учетом особенностей. Оказание медико-социальных услуг требует личного контакта производителя и потребителя. В здравоохранении неоднозначно прослеживается связь между затратами труда и его количественными результатами - состоянием здоровья членов общества. Ценообразование на услуги требует учета механизма сочетания принципов экономической эффективности и социальной справедливости. Социальная справедливость понимается как доступность медико-социальных услуг всем слоям населения. В зависимости от того, отдается ли предпочтение экономической эффективности или социальной справедливости, определяется действующая модель хозяйствования и финансирования здравоохранения.

В первой модели основным инструментом удовлетворения потребности в медицинской помощи является рынок услуг. Потребности малообеспеченных слоев общества, пенсионеров, безработных обеспечивает государство за счет развития программ здравоохранения.

Во второй модели поставщиком и покупателем медицинских услуг выступает государство, которое гарантирует удовлетворение массовых потребностей в ней. Рынку отводится незначительная роль в предоставлении лечебно-профилактической помощи под контролем государства. Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет.

Третья модель финансирования здравоохранения опирается на сочетание возможностей рынка и государственного регулирования с использованием социальной защиты граждан и общественной солидарности в

рамках обязательного медицинского страхования. При этом государство играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей граждан в медицинской помощи вне зависимости от уровня доходов. Роль рынка проявляется в удовлетворении потребностей сверх гарантированного уровня.

Второй блок проблем отражает процессы формирования нового механизма функционирования отрасли. Развивающиеся формы собственности в здравоохранении и новые экономические отношения составляют специфический объект научных исследований.

Становление экономики здравоохранения как самостоятельного научного направления есть объективная потребность сегодняшнего дня.

Здравоохранение как объект управления представляет структуру с тремя уровнями организации медицинского обслуживания: государственный, региональный, муниципальный.

Основными функциями государственных органов управления здравоохранением (Министерство здравоохранения РК) являются:

– анализ, оценка и прогнозирование состояния здоровья населения; формирование национальной стратегии и организация предоставления различных видов помощи населению (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, профилактическая, оздоровительно-реабилитационная); разработка и внедрение стандартов, правил, норм и нормативов;

– государственный санитарный надзор;

– проведение единой государственной политики в области подготовки кадров;

– контроль соблюдения стандартов качества медицинских услуг.

Региональный уровень представлен крупными медицинскими комплексами и специализированными центрами, лечебно-профилактическими учреждениями различных организационно-правовых форм. Оценивают региональный уровень здравоохранения комплексом показателей: смертностью населения, динамикой уровня заболеваемости, числом инвалидов детства и первичным выходом на инвалидность, уровнем и тенденцией временной нетрудоспособности по отдельным отраслям.

Развитие учреждений здравоохранения на муниципальном уровне характеризуют показатели состояния материально-технической базы отрасли, уровня обеспеченности кадрами и профессионального уровня кадрового потенциала, качества оказания медицинской помощи, доступности первичной, и всех видов существующей медицинской помощи, степени отклонения фактических параметров медицинских технологий от заданных (оптимальных) значений. На муниципальном уровне могут реализовываться программы по охране здоровья населения. Посредством разгосударствления больницы, поликлиники, аптеки стали юридическими лицами, т.е. самостоятельными хозяйственными субъектами и приобрели новую организационно-правовую форму - статус муниципальных учреждений. При разработке учредительных документов муниципальные учреждения здравоохранения в уставе

предусматривают не только медицинскую, но и другие виды деятельности, не запрещенные законом.

Большая часть учреждений должна оставаться в государственной (государственной или муниципальной) собственности. В первую очередь это касается региональной сети учреждений. Распространяется это положение на учреждения скорой помощи, крупные краевые больницы, диагностические центры. Запрещена приватизация учреждений санитарно-эпидемиологической службы, организаций и учреждений социальной защиты населения, госпиталей для инвалидов, детей и престарелых, проводящих профилактику и лечение психических, психоневрологических, инфекционных, наркологических и других заболеваний.

Эффективность управления учреждениями здравоохранения определяется с помощью факторного анализа, а также метода экспертных оценок. Для этого определяется зависимость общей заболеваемости (смертности) от объема и качества лечебно-профилактической работы.

В современном понимании «Общественное здоровье и здравоохранение» – это наука о закономерностях развития общественного здоровья и здравоохранения. Общественное здоровье и здравоохранение – предмет, изучающий здоровья населения, а также неблагоприятное влияние социальных факторов и условий на здоровье населения, его групп, вырабатывающий научно-обоснованные рекомендации для осуществления мероприятий по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья. (Ю. П. Лисицин) Как любая иная наука «Общественное здоровье и здравоохранение» имеет два своих непременных атрибута – предмет и методы. Предметом данной науки являются общественное здоровье (синоним «здоровье населения» и здравоохранение. Предложено более 100 определений понятию «здоровье», но наиболее часто встречается определение, предложенное Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Здоровье (человека) – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков (ВОЗ). Общественное здоровье – такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, то есть такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни.

Здоровье населения – медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей. Научную основу и научную методологию изучения состояния и сдвигов в здоровье населения составляет статистический метод, являющийся принципом количественного изучения массовых процессов и явлений. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные о здоровье населения служат основой для планирования оздоровительных мероприятий, разработки организационных форм 5 и методов работы органов и

учреждений здравоохранения, а также для контроля за эффективностью их деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения. Данные о состоянии здоровья необходимы:

1) для планирования профилактических и оздоровительных мероприятий;

2) совершенствования организационных форм и методов работы учреждений ЗО;

3) определения потребности в различных видах помощи, расчета численности медицинских кадров, сети лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.

«Общественное здоровье и здравоохранение» как самостоятельная медицинская наука изучает воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по оздоровлению населения и совершенствованию его медицинского обслуживания. Эта дисциплина является наукой о стратегии и тактике здравоохранения.

Здравоохранение – это система государственных, общественных, социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающая высокий уровень охраны и улучшения здоровья населения. Здравоохранение не только поддерживает хорошее состояние уровня здоровья населения, но и опосредованно влияет на экономическое и социальное благополучие общества. В процессе развития общества развивается и здравоохранение. Характер, качество и направление его развития в большой степени зависят от социально-экономических процессов, происходящих в обществе. Фактически речь идет о внешних условиях функционирования и развития системы здравоохранения. Эти внешние условия весьма многочисленны и разнообразны. Условия функционирования и развития системы здравоохранения:

– состояние внешней среды обитания человека (природа, климат, экология);

– условия повседневной жизнедеятельности человека (труд, быт, отдых);

– законодательное обеспечение прав гражданина: право на жизнь, право на здоровье, право на получение медицинской помощи, право на социально-психологическую безопасность, гарантии по обеспечению социально-гигиенических прав. Состояние и развитие системы здравоохранения определяется тремя основными позициями:

– объективно существующими закономерностями формирования здоровья населения, реальными тенденциями;

– уровнем представлений о путях развития и коррекции медицинскими мерами основных недугов человека;

– возможностями общества (интеллектуальными и в основном экономическими) для выработки (или восприятия) и внедрения современных технологий ведения больных, управления здоровьем.

Наука «Общественное здоровье и здравоохранение» является теоретической базой здравоохранения, которая:

– разрабатывает вопросы теории здравоохранения;

– обосновывает систему практических мер по устранению и предупреждению вредных для здоровья населения влияний внешней среды;

– разрабатывает мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья всех членов общества. Назначение науки и дисциплины – научно обоснованное эффективное управление здравоохранением с целью повышения уровня общественного здоровья и качества медицинской помощи. Управление здравоохранением – процесс обеспечения эффективного функционирования системы для достижения цели охраны здоровья.

Контрольные вопросы:

1. Что изучает наука «Общественное здоровье и здравоохранение»?
2. Условия функционирования и развития системы здравоохранения.
3. Развитие учреждений здравоохранения на муниципальном уровне.
4. Основные функция Министерство здравоохранения РК.
5. Какие действующие модели имеет для хозяйствования и финансирования здравоохранения.
6. Проблемы развития экономической эффективности здравоохранении.

5.2 Организация методов исследования в системе здравоохранения

Статистический метод позволяет объективно оценивать происходящие изменения в состоянии здоровья населения и определять эффективность деятельности учреждений здравоохранения. Статистический метод широко применяется в медицине и здравоохранении. Он 7 используется при изучении здоровья населения (показатели заболеваемости, рождаемости, смертности, физического развития и др.)

Метод экспертных оценок дополняет статистический метод. В таких случаях высококвалифицированные специалисты по разработанной программе осуществляют прогнозы на основе предварительно сформулированных закономерностей.

Например, возможно предвидеть будущую рождаемость, численность населения, смертность, смертность от онкологических заболеваний и т. п.

Социально-гигиенический метод можно назвать методом «медико-социальной диагностики». Он позволяет обобщать результаты деятельности отдельных врачей и всего здравоохранения, делать выводы и намечать научно-обоснованные мероприятия по улучшению здравоохранения, разработки прогнозов, плановых нормативов, экономической эффективности и т. д.

Социологический метод включает анкетирование, опрос, интервьюирование и т. д. Методом опроса (интервью) можно получить ценную

информацию по самым различным вопросам: экономическим, социальным, демографическим и др.

Например, для выявления характера и степени влияния социально – гигиенических условий на заболеваемость, смертность и физическое развитие могут быть использованы методы опроса (интервью, анкетный метод) отдельных лиц, семей или групп людей по специальной программе.

Экономический метод определяет возможность установить влияние экономики на здравоохранение, и, наоборот, здравоохранения на экономику общества. Исследуются и анализируются источники финансирования здравоохранения, вопросы наиболее эффективного использования этих средств. Для изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье людей используются методы, применяемые в экономических науках. Они находят непосредственное применение при изучении и разработке таких вопросов здравоохранения, как учет, планирование, финансирование, управление здравоохранением, рациональное использование материальных ресурсов, научная организация труда в органах и учреждениях здравоохранения.

Метод организационного эксперимента – это поиск новых, наиболее рациональных форм и приемов работы. Он предлагает создание моделей качества медицинской помощи, моделей конечных результатов, внедрение передового опыта, проверку проектов, гипотез, создание опытных баз, медицинских центров.

Исторический метод изучает все явления в динамике. Это описательный метод и строится на основе изучения и анализа процессов общественного здоровья и здравоохранения на различных этапах человеческой истории. «Новое на свете есть не что иное, как хорошо забытое старое». (Н. И. Пирогов) Особенности данного научного метода:

1. Наука изучает состояние здоровья не отдельных индивидуумов, а человеческих коллективов, групп пациентов, больных, социальных групп и здоровья общества в целом.

2. Здоровье людей, а, следовательно, и наука зависит от уровня развития экономики, производительных сил и общественных отношений.

3. Наука широко использует методы исследований социальных наук и вносит социальный аспект как в клинические, так и в гигиенические дисциплины.

4. Дисциплина дает научное обоснование для построения системы здравоохранения.

5. Разрабатывает меры и пути оздоровительных мероприятий, при поддержке государства внедряет и воплощает их в практику здравоохранения.

6. Обеспечивает научно обоснованной информацией систему управления здравоохранением.

7. Изучает эффективность влияния на здоровье населения медико-социальных мероприятий, проводимых врачами и всей системой органов и учреждений здравоохранения.

8. Необходима для создания перспективных планов народно-хозяйственного строительства, поскольку отвечает на вопрос о перспективной

численности населения, которая зависит от состояния здоровья людей. Она выявляет закономерности развития народонаселения в обществе, влияние социальных и природных условий на процесс расселения людей, а следовательно, и развития производительных сил.

9. В программе социально-гигиенических исследований особое место занимают вопросы научного обоснования и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения, планирования здравоохранения, вопросы экономики здравоохранения.

10. Методология науки и дисциплины заключается в изучении и правильном объяснении причин, связей и взаимозависимости между состоянием здоровья населения и общественными отношениями.

5.3 Организация финансирование здравоохранения в условиях рынка

Переход объектов здравоохранения на рыночные условия работы сопровождался развитием новых организационно-правовых форм, которые определились типом финансовых взаимоотношений этих объектов и государства.

Такими формами (или структурами) являются:

- учреждения, финансируемые из бюджета; - учреждения, финансируемые из бюджета, но использующие в своей деятельности элементы хозяйственного расчета;

- кооперативные и хозрасчетные учреждения, работающие в условиях самофинансирования;

- учреждения, функционирующие на принципах страховой медицины;

- институт индивидуальной трудовой деятельности (частнопрактикующие врачи).

Каждая из перечисленных форм характеризуется своим типом экономических отношений.

Причем, в процессе перехода от бюджетного финансирования к частной практике каждая из указанных выше структур способна сочетать в себе экономические отношения других предшествующих ей форм. Внутри каждой структуры можно выделить преимущественный тип экономических отношений, который в наибольшей мере в ней развиты. В настоящее время сформировались три организационно-правовые формы:

1)бюджетная;

2) страховая;

3) коммерческая.

Большинство учреждений здравоохранения применяет смешанную, бюджетно-страховую форму финансирования.

Организация страховой медицины в Казахстане основана на опыте многих развитых стран. Анализируя зарубежный опыт, можно отметить, что в странах с рыночной экономикой сложилось два типа систем финансирования здравоохранения:

- американская, основанная на само обеспечении населения в случае болезни;

- западноевропейская, которая основана в значительной степени на общественных фондах страхования. Для нашей страны на современном этапе развития приемлема вторая система. Преимущества страховой медицины заключаются в следующем:

1) система государственных финансов получает дополнительные возможности привлечения средств;

2) целевые страховые фонды формируются на децентрализованной основе, местные власти вправе самостоятельно определять условия финансирования и размеры льгот;

3) возможно проведение единой национальной политики охраны здоровья, целевые программы;

4) предприятия принимают прямое, а не косвенное участие в формировании страховых фондов.

В соответствии с законодательством РК финансовые ресурсы здравоохранения должны быть сконцентрированы в государственных, региональных фондах здравоохранения и фондах медицинского страхования. В свою очередь, фонды здравоохранения находятся в ведении государственных органов, а также местной администрации. Ключевую роль в механизме финансирования отрасли в условиях бюджетно-страховой медицины, а также формирования фондов медицинского страхования, играют страховые платежи. Размер страхового тарифа и связанного с ним страхового платежа является одним из основных вопросов медицинского страхования, так как от него зависит объем финансовых ресурсов и круг задач, которые можно будет решать в дальнейшем. При построении тарифа должны быть учтены интересы производителей медицинских услуг, страховых организаций, страхователей, территориальных органов управления здравоохранением и застрахованных граждан.

Согласно законодательству, страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование работников предприятий независимо от форм собственности установлен в размере 3,6% по отношению к начисленной оплате труда. Данный уровень обязательных отчислений является минимально необходимым для финансирования государственной базовой программы оказания медицинских услуг. Местные органы власти могут принять свои программы, более широкие и качественные, но это потребует установления местного, более высокого тарифа.

В соответствии с Законом "О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан" к источникам финансовых ресурсов системы здравоохранения при бюджетно-страховой форме финансирования относятся:

- средства государственного бюджета, бюджетов субъектов Казахстан и местных бюджетов;

- средства предприятий, организаций, учреждений и других хозяйствующих субъектов;

- личные средства граждан;

- безвозмездные благотворительные взносы и пожертвования;
- кредиты банков;
- иные источники, не запрещенные законом.

Все, что перечислено, относится к внешним источникам финансирования здравоохранения. Однако сегодня учреждения здравоохранения заняты поиском и внутренних финансовых источников. К ним относятся:

- доход, полученный от платной медицинской деятельности;
- экономия финансовых ресурсов;
- арендная плата;
- продажа методов лечения, обучающих программ и т.п.;
- накопленные резервные средства.

Все это формирует механизм смешанного бюджетно-страхового финансирования медицинской помощи населению.

Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения для:

- субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию;
- финансирования целевых программ, утвержденных органами исполнительной власти, связанных в первую очередь с охраной материнства и детства, профилактикой и лечением социально значимых (туберкулез, психические, венерические болезни) и социально-опасных (инфекционные болезни, СПИД) заболеваний;
- финансирования программ по обеспечению профессиональной подготовки кадров;
- финансирования научных исследований в области медицины и здравоохранения;
- оплаты особо дорогих видов медицинской помощи;
- развития материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Финансовые средства могут поступать в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) через страховые медицинские организации либо территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС). Так, оплата за медицинскую помощь в объеме территориальной программы поступает напрямую из территориального фонда или через страховую медицинскую организацию. Кроме того, фактически все учреждения финансируются из бюджетов здравоохранения всех уровней по определенным статьям расходов (коммунальные, хозяйственные расходы, капитальное строительство и др.).

В настоящее время на территории Казахстана для обеспечения населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи действуют три типа организации финансовых потоков в системе ОМС.

Первая модель охватывает территории, где работает законодательно установленная схема финансирования ЛПУ, то есть более 90% средств поступает из страховой медицинской организации.

Вторая модель реализуется в тех субъектах РК, где средства, в основном (более 90%), поступает в ЛПУ непосредственно из территориального фонда или его филиалов. На этих территориях страховые медицинские организации либо полностью отсутствуют, либо маломощны. Поэтому учреждения получают средства от местного фонда здравоохранения только на ведение дела по страхованию граждан, а оплата медицинских слуг ЛПУ осуществляется полностью территориальным фондом ОМС.

Третья (смешанная) модель представляет собой сочетание первой и второй моделей. В качестве страховщиков выступают как страховые медицинские организации, так и филиалы территориальных фондов. Причем за критерий отнесения к данной модели взята примерно равная доля финансовых поступлений средств ОМС в ЛПУ из страховых компаний и территориальных фондов.

Однако существует ряд территорий, в которых не работает ни одна из перечисленных моделей. Финансирование медицинских услуг жителям этих районов осуществляется по определенной схеме: территориальные фонды собирают взносы на ОМС и по указанию органов управления здравоохранением направляют их на финансирование. В этом случае органы управления не подотчетны фондам, поэтому проследить, как расходуются средства, сложно.

Сравнительный анализ финансовых моделей позволяет выявить ряд особенностей. В организации работы по страхованию населения и полноте обеспечения населения полисами несомненные преимущества имеет первая модель. Значительно хуже показатели по второй модели, что свидетельствует об имеющихся трудностях в совмещении функций территориальных фондов ОМС по сбору, аккумулированию денежных средств, финансированию медицинской помощи и работе с населением. В части доведения финансовых средств до ЛПУ на неработающее население более привлекательно выглядит вторая и третья модели. Показатели средств, поступивших из разных источников финансирования ЛПУ, ниже по третьей модели и практически равны по первой и второй. Анализ целей перечисления средств по оплате медицинских услуг и оказанию финансовой помощи показывает, что наименьший уровень поступления средств на оплату медицинских услуг отмечается по третьей модели. По первой и второй моделям эти показатели практически равны. Таким образом, принцип следования финансовых средств "за пациентом" в большей мере реализуется в субъектах РК, в которых действуют первая и вторая финансовые модели.

5.4 Организация формирования здравоохранения в условиях рынка

В условиях глобализации мировой экономики в системе здравоохранения их рыночные условия функционирования предполагают:

1) разработку государственных, региональных и муниципальных законов,

2) нормативных документов,

3) методических рекомендаций, устанавливающих порядок и гарантирующих экономическую деятельность здравоохранения.

Факторы, формирующие здоровье населения формируется и поддерживается всей совокупностью условий повседневной жизни. Факторы, влияющие на здоровье, специалисты условно объединяют в 4 группы:

– биологические (пол, возраст, наследственность и др.);

– природные (климатические, гелиогеофизические, антропогенное загрязнение и др.);

– социально-экономические (образ жизни);

– медицинские (организация медицинской помощи).

Все названные группы факторов воздействуют как на уровне индивидуального, так и на уровне популяционного здоровья. Они взаимосвязаны между собой, но степень их влияния на здоровье неодинакова. Согласно модели экспертов ВОЗ, соотношение факторов, влияющих на здоровье, таково:

1) социально-экономические условия и образ жизни – 50 %;

2) генетика, биологические свойства организма –20 %;

3) внешняя среда, природные условия – 20 %, здравоохранение – 10 % (формула здоровья).

Условия, обстоятельства, конкретные причины, более других влияющие на возникновение и развитие болезней, получили название факторы риска.

Многие из них могут быть определены как факторы риска заболеваний. *Факторы риска* – это потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода. В отличие от непосредственных причин заболеваний (бактерии, вирусы, недостаток каких-либо микроэлементов и т. д.), факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для возникновения и дальнейшего развития заболеваний.

Наиболее существенно влияют на формирование популяционного здоровья социально-экономические факторы:

– образ жизни (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и т. д.); – 49–53 %;

– генетика, биология человека (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и т. д). – 18–22 %;

– внешняя среда (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, экстремальные природно-климатические явления и т. д.) – 17–20 %;

– медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество и доступность медицинской помощи и т. д.) – 8–10 %.

Специалистами предлагаются и другие группировки и классификации факторов риска. Одна из общепринятых – выделение главных или больших факторов риска.

Например, по отношению к сердечнососудистым заболеваниям – это курение, гиподинамия, избыточный вес, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психо-эмоциональные стрессы, алкоголь. Большинство таких факторов риска зависит от самих людей, их поведения и образа жизни. Например, *Влияние неблагоприятных факторов образа и условий жизни на здоровье населения*

Факторы, влияющие на здоровье:

1. *Группы обусловливающих факторов*: Образ и условия жизни, Курение. Употребление алкоголя. Несбалансированное питание. Психоэмоциональный стресс.

2. *Вредные условия труда.* Гиподинамия. Низкий культурный и образовательный уровень. Непрочность семейных связей. Одиночество 50–55 Генетика, биологические факторы Предрасположенность к наследственным болезням 15–20 Внешняя (экологическая среда) Загрязнение воздуха, воды, почвы химическими, физическими, биологическими вредными для здоровья веществами, канцерогенами и пр. Резкая смена атмосферных явлений. Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения 20–25 Здравоохранение Неэффективность профилактических мер Низкое качество медицинской помощи.

3. Несвоевременность медицинской помощи 8–10. По своей природе факторы риска разделяют на первичные и вторичные.

- *Первичные факторы риска*:

1) курение,
2) злоупотребление алкоголем,
3) нерациональное питание,
4) гиподинамия,
5) психоэмоциональный стресс.

- *Вторичные факторы риска:*

1) диабет,
2) артериальная гипертензия,
3) холестеринемия,
4) аллергия,
5) иммунодефициты и др.

В Республике Казахстан, по данным социологических исследований, 26,1 % населения курит, 60,5 % считают свою физическую активность низкой и только 42 % населения оценивают свое питание как рациональное и сбалансированное. Кроме отдельных факторов риска выделяются так называемые группы риска, т. е. группы населения (в большей степени, чем другие), предрасположенные к различным заболеваниям. К ним могут быть отнесены дети, старики, беременные, мигранты, бомжи, лица с девиантным поведением, работающие во вредных производственных условиях и пр. Когда речь идет о социальной обусловленности здоровья, то имеется в виду первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие на него социальных факторов риска, то есть факторов, воздействие которых приводит к

нарушению компенсаторно приспособительных механизмов и тем самым способствует развитию патологии. Именно конкретные условия жизни – труда, быта, питания, жилища, отдыха, образования, воспитания, культурные потребности и многое другое и есть социальные условия и факторы. Влияние культуры на здоровье сводится к тому, что чем ниже уровень культуры, тем выше вероятность возникновения заболеваний. Наиболее важное для здоровья значение имеют такие элементы культуры как культура питания, культура проживания, то есть поддержание жилья в соответствующих условиях, культура организации досуга (отдыха), гигиеническая медицинская культура.

Социальная закономерности здоровья отражены в классификации групп и факторов риска:

1. Группа демографических факторов риска (дети, старики, одинокие, мигранты, беженцы).

2. Группа производственного, профессионального риска (работающие в условиях производств, вредных для здоровья).

3. Группа риска функционального, патологического состояния (беременные женщины, недоношенные дети, лица с генетическим риском, с врожденными аномалиями и дефектами, инвалиды детства).

4. Группа риска низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты (бедные, необеспеченные, безработные, бомжи).

5. Группа лиц с *девиантным* поведением, наличием психопатических, социально-психологических и других коллизий (алкоголики, наркоманы, токсикоманы, проститутки, с сексуальными отклонениями, с деформациями психического здоровья и др.).

Современные тенденции в изменении структуры заболеваемости свидетельствуют о возрастании относительного значения генетически обусловленных заболеваний в патологии человека. По данным мировой статистики, порядка 5 процентов всех новорожденных появляются на свет с тем или иным генетически обусловленным дефектом, а роль таких дефектов в перинатальной патологии еще выше. При этом уже известные 2500 нозологических форм генетически обусловленных болезней, касаются всех органов, систем и функций организма. Прогресс в понимании этиологии и патогенеза ряда распространенных болезней (ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, большая группа нервно-психических болезней, ряд онкологических заболеваний и др.) свидетельствует о существенном значении наследственного предрасположения в возникновении таких форм патологии.

Среди биологических факторов, оказывающих бесспорное влияние на здоровье населения, прежде всего – гендерный фактор. Наиболее отчетливо гендерные различия проявляются по классу психических заболеваний. У женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные расстройства, у мужчин – психопатии, алкоголизм и алкогольные психозы. Также между возрастом и состоянием здоровья человека существует зависимость, которая характеризуется тем, что с увеличением возраста здоровье постепенно ухудшается. Климатические факторы и антропогенное загрязнение окружающей среды оказывают выраженное воздействие на формирование

популяционного здоровья населения. Особую проблему создает увеличение выбросов в атмосферу диоксида углерода CO2. Эти выбросы угрожают человечеству так называемым парниковым эффектом и глобальным потеплением климата. Наиболее подвержены влиянию погоды люди, страдающие сердечнососудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, психическими расстройствами.

Среди медицинских факторов, оказывающих влияние на формирование общественного здоровья, особую роль играют:

- доступность медицинской помощи,
- качество,
- развитие медицинской науки,
- квалификация медицинских кадров.

В настоящее время применимы следующие показатели, характеризующие здоровье населения:

а) демографические показатели;

б) показатели заболеваемости;

в) показатели инвалидности;

г) показатели физического развития.

Большая часть показателей здоровья квалифицирует наличие и распространенность заболеваний, несчастных случаев, случаев смерти, стойкой потери трудоспособности, дефектов и отставания в психическом и физическом развитии, так как для медицины характерно сосредоточение внимания на патологических состояниях, то есть определение здоровья через характер и интенсивность заболеваний

Таблица 1 Влияние неблагоприятных факторов образа и условий жизни на здоровье населения

Факторы, влияющие на здоровье	**Группы обусловливающих факторов**	**Доля, %**
Образ и условия жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Психоэмоциональный стресс Вредные условия труда Гиподинамия Низкий культурный и образовательный уровень Непрочность семейных связей Одиночество	50–55
Генетика, биологические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням	15–20
Внешняя (экологическая среда)	Загрязнение воздуха, воды, почвы химическими, физическими, биологическими вредными для здоровья веществами, канцерогенами и пр. Резкая смена атмосферных явлений. Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения	20–25

Здравоохранение	Неэффективность профилактических мер Низкое качество медицинской помощи Несвоевременность медицинской помощи	8–10

По своей природе факторы риска разделяют на первичные и вторичные
Факторы риска
Первичные факторы риска:
1) курение,
2) злоупотребление алкоголем,
3) нерациональное питание,
4) гиподинамия,
5) психоэмоциональный стресс.
Вторичные факторы риска:
1) диабет,
2) артериальная гипертензия,
3) холестеринемия,
4) аллергия,
5) иммунодефициты и др.

5.5 Основы организации лечебно-профилактической помощи населению

В соответствии с номенклатурой в системе здравоохранения различают следующие организации здравоохранения:

1.Больничные организации:
больница;
- госпиталь;
- медико-санитарная часть;
- диспансер;
- центр;
- родильный дом;
- дом ребенка;
- *хоспис*.

2. Амбулаторно-поликлинические организации:
- амбулатория;
- поликлиника; диспансер;
- центр;
- медико-реабилитационная
- экспертная комиссия;
- военно-врачебная комиссия;
- медико-санитарная часть.

3. Организации скорой медицинской помощи:
- центр;
- станция.

4. Организации переливания крови: центр; станция.
5. Санаторий.
6. Санитарно-эпидемиологические организации – центр.
7. Аптечные организации и организации медицинской техники: аптека;
– торгово-производственная;
– производственно-торговая;
– торговая.
8. Организации особого типа:
– патологоанатомическое бюро;
– лечебно-производственные мастерские;
– лечебно-трудовой профилакторий;
– протезно-ортопедический восстановительный центр;
– центр экспертиз и испытаний в здравоохранении;
– служба судебно-медицинских экспертиз;
– база хранения медицинской техники и имущества;
– лаборатория;
– медицинская служба;
– военно-медицинское управление.

Лечебно-профилактическая помощь ***городскому населению*** оказывается в поликлиниках, больницах, родильных домах, консультациях, диспансерах, медико-санитарных частях, здравпунктах, санаториях.

Для организации лечебно-профилактической помощи населению имеют:

– единство профилактики и лечения;

– общедоступность, высокий уровень квалификации медицинских работников;

– максимальное приближение медицинской помощи к населению – развитие всех звеньев первичной медико-санитарной помощи;

– преемственность в работе, единство стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;

– профилактическая направленность.

Профилактическая деятельность является важнейшей для работников лечебно-профилактических учреждений. Она позволяет выявлять взаимосвязь патологических отклонений в состоянии здоровья человека факторами внешней среды, социально-бытовыми, социально-трудовыми. В системе медицинского обслуживания населения профилактическое направление выражается, прежде всего, в диспансеризации больных здоровых. Он широко используется в деятельности медицинских учреждений и в работе врачей всех специальностей.

Диспансерное наблюдение взрослого населения представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья человека. Она включает:

– диспансерный осмотр;

– диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;

– пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Диспансерный осмотр выполняется в объеме исследований, определенных для каждой возрастной группы взрослого населения. Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у), карте учета диспансерного наблюдения. На основании результатов проведенных исследований и с целью планирования проведения необходимых медицинских мероприятий определяется принадлежность пациента к группе диспансерного наблюдения.

Диспансерному наблюдению подлежат 2 группы лиц. ***I группа*** диспансерного наблюдения лица, требующие систематического наблюдения в силу своих физиологических особенностей (дети, подростки, беременные женщины);

– лица, работающие на вредном производстве;

– декретированный контингент – лица, работающие в сфере обслуживания, представляющие наибольшую опасность с точки зрения заражения окружающих инфекционными и паразитарными заболеваниями (работники пищевой промышленности, персонал детских лечебно-профилактических учреждений, работники общественного и пассажирского транспорта);

– спецконтингент (лица, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭС);

– инвалиды и участники ВОВ.

II группа диспансерного наблюдения:

– больные с хроническими заболеваниями;

– реконвалесценты (выздоравливающие) после некоторых острых заболеваний;

– больные с врожденными заболеваниями и пороками развития.

Лечебно-профилактическая помощь городскому населению организована по *участковому принципу*. Суть его состоит в том, что обслуживаемая поликлиникой территория делится на участки с определенным количеством человек. К каждому из этих участков прикрепляются участковые врачи и медицинские сестры, которые, постоянно общаясь с жителями участка, знают условия их жизни, что значительно облегчает лечебную и профилактическую деятельность.

Наиболее распространенными участками в городах являются территориальные: терапевтические – по обслуживанию взрослого населения; педиатрические – по обслуживанию детей. Кроме того, по участкам территориальному принципу строятся акушерско-гинекологическая стоматологическая помощь. По этому же принципу работают все диспансерные учреждения.

В поликлиниках начинают и заканчивают лечение 75–80 % пациентов и 20–25 % больных нуждаются в госпитализации (стационарном лечении).

Особенности медицинского обслуживания сельского населения Принципы государственной политики в области охраны здоровья городского и

сельского населения едины. Они определены законом Республики Казахстан «О здравоохранении». Однако характер расселения сельских жителей (значительная удаленность населенных пунктов друг от друга), специфика труда, быта, низкая плотность населения (число жителей на 1 км^2), снижение удельного веса лиц трудоспособного возраста и увеличение лиц пожилых и старых, недостаточное развитие транспортных связей накладывают свои отпечатки на организацию медицинской помощи сельскому населению.

Главной особенностью медицинской помощи на селе является ***этапность.*** Суть ее состоит в том, что лечебно-профилактическая и санитарно-противоэпидемическая помощь сельскому населению может быть оказана в сельских, районных и областных медицинских учреждениях.

Доврачебная и первая врачебная помощь сельскому населению оказывается в медучреждениях сельского врачебного участка – участковые больницы с амбулаториями, либо самостоятельные сельские врачебные амбулатории. Для жителей села – это **первый этап** оказания медицинской помощи.

При расстоянии 2 км и более от населенного пункта, где находится участковая больница или амбулатория, для медицинского обслуживания населения организуются фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), функции которых входят:

– оказание доврачебной медицинской помощи и своевременное выполнение назначений врача;

– проведение профилактической и противоэпидемической работы;

– организация патронажа беременных женщин, детей,

– проведение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности;

– гигиеническое обучение и воспитание населения.

Больные, которым врач не в состоянии оказать необходимую медицинскую помощь в связи с тяжестью их заболевания или отсутствием соответствующего оборудования, направляются в учреждения второго этапа медицинской помощи.

Второй этап медицинской помощи представлен районными медицинскими учреждениями. Это центральная районная больница (ЦРБ), номерные районные больницы и другие медицинские учреждения. На этом этапе оказывается квалифицированная медицинская помощь по основным специальностям: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и инфекционным заболеваниям. В ЦРБ оказывается также специализированная медицинская помощь (всего 10–15 видов, в крупных ЦРБ – более 20).

ЦРБ осуществляет лечебно-профилактическую и организационно-методическую работу, контролирует и анализирует деятельность всех подразделений, имеющихся на сельских врачебных участках, обеспечивает население района скорой и неотложной медицинской помощью, организует выездную форму медицинского обслуживания населения сельской местности для восполнения отсутствующих видов специализированной медицинской

помощи за счет врачей ЦРБ и ее поликлинического отделения. Выезд бригады специалистов проводится по заранее составленному графику с оповещением населения и с учетом сезонности сельскохозяйственных работ.

Третий этап представлен областными больницами (для взрослых и детей), диспансерами, областными специализированными центрами, где оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь по всем ее видам. Задачей областных организаций здравоохранения является полное удовлетворение потребности населения специализированной консультативной, диагностической, лечебной и профилактической помощи на основе использования новейших средств и методов диагностики, малодоступных практическому здравоохранению районов.

Оказание узкоспециализированной медицинской помощи сельскому населению **(четвертый этап)** в Республике Казахстан организовано на базе городских клинических больниц, клиник Республиканских научно-практических центров (РНПЦ) (РНПЦ «Кардиология», РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии, РНПЦ травматологии и ортопедии, РНПЦ неврологии и нейрохирургии, РНПЦ трансплантации органов и тканей и др.), республиканских больниц.

Одной из главных задач организации медицинской помощи сельскому населению является максимальное приближение ее к месту жительства. В обеспечении амбулаторно-поликлинической помощью

городского и сельского населения имеются различия: доступность медицинской помощи на селе примерно в 2 раза ниже, чем в городах

В настоящее время в организации медицинской помощи сельскому населению прослеживается тенденция к укрупнению сельских участковых больниц. Увеличение их мощности, широкое внедрение института врача общей практики (ВОП), развитие передвижных форм амбулаторной специализированной помощи, организация межрайонных специализированных отделений позволит значительно улучшить качество диагностики и лечения.

5.6 Организация лечебно-профилактической помощи рабочим промышленных предприятий, строительства и транспорта

Рабочие промышленных предприятий могут получить медицинскую помощь:

– в специальных медицинских учреждениях, организуемых непосредственно на предприятиях: медико-санитарные части (МСЧ), заводские (цеховые) поликлиники, врачебные и фельдшерские здравпункты;

– в «цеховых терапевтических участках» поликлиник общей сети;

– в общей лечебной территориальной сети по месту жительства (поликлиники, стационары, диспансеры и т. д.);

– при выезде в командировки, отпуск и т. д. – в медучреждениях по месту нахождения.

Медико-санитарная часть (МСЧ) – это комплексное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается специализированная амбулаторно-поликлиническая, а при наличии стационара, больничная медицинская помощь трудящимся предприятия и прикрепленному населению; проводятся профилактические осмотры, осуществляется диспансеризация работающих на предприятии и необходимые оздоровительные мероприятия.

МСЧ бывают закрытого и открытого типа. Закрытая МСЧ предназначена для оказания медицинской помощи исключительно работающим на предприятии, при котором она организована. МСЧ открытого типа обеспечивает также помощь членам семей работающих на предприятии, а также может иметь в составе отделения (участки) для обслуживания населения прилегающих микрорайонов.

Закрытые МСЧ создают наиболее благоприятные условия для максимального усиления профилактической работы, изучении врачами условий труда и специфики производства, совместной работы с администрацией и общественными организациями.

Структура МСЧ организуется в соответствии с задачами и функциями, в зависимости от численности обслуживаемого контингента.

При развертывании МСЧ планирование их деятельности осуществляется дифференцированно, в зависимости от мощности предприятия, технологии производства и степени влияния ее на здоровье рабочих.

Основной задачей МСЧ является обеспечение рабочих квалифицированной помощью, приближение этой помощи к рабочим. МСЧ совместно с администрацией и профсоюзной организацией осуществляет:

- диспансеризацию здоровых рабочих и пациентов;
- изучение и предупреждение заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- профилактику производственного травматизма и инвалидности;
- учет и изучение инфекционной заболеваемости;
- выявление причин профессиональной заболеваемости и разработку мер по ее ликвидации;
- изучает условия производства;
- контролирует условия труда;
- контролирует соблюдение техники безопасности;
- принимает меры, направленные на улучшение условий труда
- техники безопасности;
- организует и проводит медосмотры (предварительные, периодические, целевые и осмотры подростков);
- осуществляет медицинский отбор трудящихся, нуждающихся в направлении в санатории, профилактории, на диетпитание;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности;
- реализует комплекс мероприятий по реабилитации пациентов;
- организует работу по формированию здорового образа жизни;
- проводит санитарно-противоэпидемические мероприятия;

– выполняет и обеспечивает план аварийно-спасательных работ;

– участвует в составлении коллективного договора по оздоровительным мерам между рабочими предприятия и администрацией.

Главной фигурой в обслуживании работающих является цеховой терапевт, знающий особенности производства, условия труда и профессиональную патологию рабочих и служащих обслуживаемого цехового участка.

Одной из важнейших функций *цехового врача* является составление отчета и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и разработка мероприятий по их снижению.

Среди показателей, характеризующих здоровье работающих, профессиональная заболеваемость занимает особое место, поскольку имеет медицинский, социальный, экономический и правовой аспекты.

Целью предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу является определение соответствия (пригодности) рабочих служащих поручаемой им работе, предупреждение профессиональных общих заболеваний, обеспечение безопасности труда и предотвращение распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

В задачи периодических осмотров входит:

1. Выявление лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание.

2. Распознавание общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с проф-вредностью может ухудшить их течение.

3. Назначение индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с выявленными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание (диспансерное наблюдение, обследование в клинике, лечение амбулаторного, в стационаре, оздоровление в профилактории, доме отдыха, рациональное трудоустройство и т. п.).

4. Оценка условий труда и разработка санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профзаболевание.

На основании результатов периодического медицинского осмотра работающему выдается справка с указанием «годен» или «негоден» выполнению данной работы.

5.7 Организация по стандартизации качества новых медицинских услуг

Как известно, здравоохранение относится к сфере услуг. Характер услуг, оказываемых в учреждениях здравоохранения, весьма разнообразен. С точки зрения потребителя медицинская услуга - это определенный набор медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных), проводимых в отношении одного пациента по единичному (или нозологическому) поводу его контакта с медицинскими учреждениями.

В стационаре медицинская услуга предоставляется в случае госпитализации. В поликлинике - в случае амбулаторно-поликлинической помощи (профосмотр, диспансерное наблюдение, иммунизация, лечебно-диагностическая и др.).

Медицинская услуга является продуктом общественного труда, тождественного по своей экономической природе материальным благам. Медицинский труд, в свою очередь, это целесообразная деятельность людей, направленная на человека или на социальные условия, в которых он существует. Медицинские услуги чаще всего воплощают свой результат непосредственно в самом человеке, поэтому они относятся к категории личных услуг и имеют некоторые экономические особенности.

Первая особенность медицинских услуг заключается в том, что результат профессиональной деятельности медицинских работников воплощен в самом человеке. Это обусловливает значительную индивидуальность и нестандартность врачебного подхода к пациенту, требует учитывать индивидуальные особенности организма, развития и течения патологии и т.д. Предоставление медицинской услуги требует личного контакта производителя (медицинского работника) и потребителя медицинской услуги, т.е. пациента. Индивидуальность оказания услуг, творческий характер обусловливает то, что необходимый результат (эффект) может быть, достигнут лишь действиями достаточно ограниченного круга специалистов или даже одного человека.

В условиях потребления медицинских услуг имеется особенность, которая определяется количеством информации, которой обладает медицинский работник и пациент. Поэтому пациент должен доверять профессиональной квалификации врача.

Особенностью медицинских услуг является также то, что потребность в медико-социальной помощи носит характер обязательной потребности. И поэтому медицинская услуга ничем не может быть заменена.

Следующая особенность медицинской услуги заключается в том, что не всегда прослеживается четкая связь между затратами труда медицинских работников и его конечными результатами. Таким образом, медицинская услуга включает мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих законченное значение и определенную стоимость. В то же время затраты ресурсов не всегда могут быть определены заранее.

Для определения зависимости общей заболеваемости или смертности населения необходимо анализировать не только объем, но и качество лечебно-профилактической деятельности.

Специалисты Всемирной организации здравоохранения выделяют следующие основные компоненты качества медицинской помощи:

- адекватность;
- экономичность;
- научно-технический уровень.

Главная потребность заболевшего сводится к получению медицинской помощи, которая улучшила бы или существенно облегчила его состояние.

Адекватность медицинской помощи может быть оценена конечными результатами, достигнутыми вследствие применения клинико-диагностических процедур. Экономическая эффективность медицинских услуг определяется рядом показателей, например, соотношением между затратами и достигнутыми результатами. Важным компонентом качества медицинской услуги выступает уровень применяемых методов диагностики, лечения и профилактика болезней. Для проведения контроля качества медицинских услуг используют стандарты качества. В региональных органах управления здравоохранением сформированы лицензионно-аккредитационные комиссии, расчетно-экспертные группы, отраслевые территориальные фонды. Лицензионно-аккредитационные комиссии проводят лицензирование и аккредитацию объектов здравоохранения.

На первом этапе осуществляется лицензирование. Комиссия, прежде всего, лицензирует деятельность ЛПУ. К лицензии прилагают списочный состав специалистов и перечень оказываемых услуг. На основе полученной лицензии ЛПУ работает по договорам с предприятиями и страховыми медицинскими компаниями.

Второй этап - подготовка аккредитации: опрашивают специалистов по каждой медицинской специальности и должности; относят ЛПУ к соответствующей категории. Комиссия выдает сертификаты тем медицинским работникам, которые выражают готовность работать в системе медицинского страхования, и успешно сдали экзамены. Лицензирование распространяется и на лица, занимающиеся индивидуально-трудовой, коллективной деятельностью, на клиники, научно-исследовательские институты, высшие учебные заведения, а также и на ведомственные учреждения.

Лицензированием должен быть обеспечен единый уровень предоставления лечебно-профилактической помощи гражданам независимо от типа и организационно-правовой формы медицинского учреждения, в котором эту помощь оказывают.

Обычно лицензию выдают на срок до 5 лет.

Для коммерческих структур - на 3 года.

Та часть ЛПУ, которая не соответствует требованиям, предъявляемым при лицензировании, перепрофилируется (реорганизуется) в рентабельные хозрасчетные либо коммерческие структуры.

Комиссия по лицензированию вправе ограничивать, приостанавливать и аннулировать действие лицензии в случае нарушения ЛПУ законодательства РК или отраслевых нормативов и правил оказания медицинской помощи. Лицензионная палата продолжает контролировать лечебно-диагностический процесс в учреждении здравоохранения, и после выдачи лицензии. Страховые медицинские компании также лицензируются, но только Государственной службой Казахстана по надзору за страховой деятельностью.

Стандарты устанавливают оптимальную степень упорядочения действий в большинстве областей клинической практики профилактической работы. В сфере производства медицинских услуг стандартизация обеспечивает

получение максимальной выгоды при минимальных издержках, служит интересам, как потребителей, так и производителей.

В результате стандартизации медицинских услуг достигается:

- предельная экономия финансовых, трудовых и материальных ресурсов при производстве той или иной медицинской услуги;

- защита интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня услуг, охрана здоровья населения;

- создание нормативной документации.

Существуют подходы к разработке стандартов медицинских услуг. Особое внимание уделяется качеству услуг, которое достигается на основе системно-структурного подхода. Такой подход предполагает упорядочение и тесное взаимодействие ряда взаимосвязанных компонентов, обеспечивающих высокое качество этих услуг. В первую очередь, необходимо наличие компетентного медицинского персонала, современного оснащения ЛПУ.

В основе процессуального подхода лежат принципы, создающие такие условия, при которых ошибка конкретного исполнителя не ухудшает качества услуг. Например, стандарт клинико-диагностического обследования должен содержать перечень диагностических исследований и консультаций узких специалистов.

В здравоохранении широко используются следующие стандарты:

1) на ресурсы здравоохранения стандарты содержат требования к уровню квалификации медицинского персонала, недвижимости и оборудованию ЛПУ, используемым лекарственным средствам и материалам;

1) организационные стандарты предусматривают требования к системам организации, эффективного и безопасного применения ресурсов здравоохранения;

2) технологические стандарты регламентируют процесс оказания лечебной, оздоровительно-профилактической помощи;

3) стандарты программ медицинской помощи предназначены регламентировать проведение клинико-диагностических исследований и лечебных мероприятий;

4) комплексные стандарты включают набор структурно-организационных, технологических стандартов, а также стандарты выполнения конкретных программ, регламентирующих деятельность отдельных служб и специалистов.

По каждому заболеванию устанавливаются стандарты обследования и лечения. В настоящее время разработан справочник клинико-статистических групп (КСГ) болезней, в котором по каждой группе болезней установлены длительность пребывания на койке, стандарты качества. Эти данные лежат в основе расчета цены различных КСГ болезней.

Работниками Казахстанского фонда ОМС разработана методика определения оценки качества медицинской помощи. Оценка качества медицинской помощи проводится *путем сравнения* выполненных объемов медицинской помощи со стандартами и определения уровня качества лечения.

Интегральная оценка уровня качества лечения проводится с учетом составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности - состояние пациента по окончании лечения, реабилитации и диспансеризации. *Оценка значимости* выполнения диагностических, лечебно-оздоровительных, профилактических и других мероприятий проводится экспертным путем и с использованием оценочных шкал.

5.8 Новые формы организации лечебно-профилактической помощи населению

В национальной системе здравоохранения взят курс на становление института **врача общей практики** (ВОП), основы здравоохранения.

ВОП осуществляет широкий диапазон интегрированных услуг здравоохранения, обеспечивает повышение доступности и приближение медицинской помощи к месту проживания обслуживаемого населения, способствует улучшению ее качества и объема, а также более рациональному эффективному использованию финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Создание службы врача общей практики позволит:

– расширить формы организации оказания медицинской помощи населению;

– обеспечить конституционное право граждан на выбор врача общей практики;

– эффективно и экономно использовать медицинские кадры и материальные ресурсы;

– расширить объем медицинской помощи на догоспитальном этапе;

– увеличить качество оказания медицинской помощи.

Основная задача ВОП – самостоятельное решение большинства проблем, касающихся здоровья обслуживаемого населения, направленных на его сохранение и укрепление.

Кроме того, в задачи ВОП входят:

– профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов;

– оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

– выполнение медицинских манипуляций;

– организационная работа.

Врач общей практики проводит:

– санитарно-просветительную работу;

– профилактическую работу по раннему выявлению скрытых заболеваний, устранению факторов риска;

– динамическое наблюдение за состоянием здоровья своих пациентов;

– внебольничную диагностику заболеваний;

– своевременную госпитализацию больных;

– лечебные и реабилитационные мероприятия;

– экспертизу временной нетрудоспособности;
– организует медико-социальную помощь;
– оказывает консультативную помощь по вопросам семьи.

Амбулатория общей практики (АОП) – лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена:

- на проведение широких профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости;
- раннее выявление больных;
- диспансеризацию здоровых больных, оказание квалифицированной медицинской помощи населению;
- просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения;
- пропаганду и стимулирование здорового образа жизни;
- содействие обеспечению населения основными лекарственными средствами.

АОП является самостоятельным учреждением организуется установленном порядке в городах, поселках городского типа и сельских населенных пунктах для оказания медицинской помощи населению, проживающему в районе ее деятельности по участково-территориальному принципу и прикрепленным сотрудникам предприятий, учреждений и организаций.

Стационар на дому. Организация стационара на дому обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в стационаре, если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные) позволяют организовать необходимый уход за больным на дому. В большинстве случаев в стационарах на дому наблюдаются лица старшего возраста с хронической патологией.

Возможно 2 способа организации работы врачей и медсестер в стационарах на дому:

1) централизованный – для работы в стационаре на дому специ-ально выделяют врача-терапевта и 1–2 медсестры, при этом в день обслуживается 12–14 больных;

2) децентрализованный – осуществляется врачом общей практики или участковым терапевтом и медсестрой (наиболее целесообразен).

Дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современ-ных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Основные цели работы дневных стационаров:

1) совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических организаций на основе внедрения и широкого

использования современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Функции дневного стационара:

– проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим;

– проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

– подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении тяжести заболевания;

– проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

– осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

В дневных стационарах специализированных профилей показания пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту информацию до врачей общей практики и участковых терапевтов.

Хосписы. Хоспис – специализированное учреждение здравоохранения для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в терминальной стадии их развития, а также психологической поддержки их родственникам Оказание помощи пациентам осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники пациентов и добровольные помощники (волонтеры). Главная идея хосписа – обеспечить достойную жизнь человеку в ситуации тяжелой болезни.

Реабилитационные центры – это организации, занимающиеся физическим, психологическим, социальным и нравственно-духовным восстановлением больных и инвалидов.

Реабилитация – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Диагностические центры – учреждения здравоохранения, предназначенные для функциональных, инструментально-аппаратных и других методов исследования, проведение которых целесообразно централизо-вать с целью наиболее рационального использования материальных и кадровых ресурсов.

Платные услуги. Оказание платных медицинских услуг осуществляется на основании Закона Республики Казахстан «О здравоохранении»; Инструкции о порядке установления и применения тарифов на платные медицинские услуги, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 03.02.2015 г.

Медицинская услуга – это медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи (абз. 13 ч. 1 ст. 1 Закона о здравоохранении).

Платные медицинские услуги оказываются на основании письменных договоров возмездного оказания медицинских услуг, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых анонимно. Оказывая платные медицинские услуги, специализированные центры гарантируют качественное обслуживание, высокий сервис и квалифицированную помощь.

Платные медицинские услуги, оказываемые государственными медицинскими учреждениями, являются дополнительными к гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. Утвержден Перечень платных медицинских услуг, оказываемых гражданам Республики Казахстан государственными учреждениями здравоохранения. Платная медицинская помощь оказывается за счет личных средств граждан либо средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан (*абз. 3 ст. 4 Закона о здравоохранении*).

Добровольное медицинское страхование в Казахстане. Несмотря на доступность бесплатной медицины, в Казахстане увеличивается спрос на добровольное медицинское страхование. Страхование медицинских расходов является относительно новым видом страхования в республи-ке – появилось не более 20 лет назад. Существуют различные виды страховых медицинских программ: амбулаторно-поликлиническая, стационарная медицинская, стоматологическая помощь, медикаментозное обеспечение. Большинство страховок оформляют на своих сотрудников работодатели. Такая мера мотивирует сотрудников – они лучше следят за своим здоровьем, реже уходят на больничный лист по причине временной нетрудоспособности и в целом более активны и производительны. Медицинское страхование доступно также и для физических лиц.

Страхование медицинских расходов наиболее активно развивается в Астане и Алматы и областных центрах, поскольку в больших городах представлен широкий выбор медицинских услуг.

5.9 Организация медико-социального формирования здорового образа жизни

Нездоровая нация не может быть экономически благополучной. Поэтому здоровье населения – это проблема не столько медицинская, сколько социально-экономическая, то есть прежде всего государственная. Она затрагивает все аспекты и сферы человеческой жизни и деятельности.

В национальной стратегии социально-экономического развития Республики Казахстан на период до 2020 г. определено, что «стратегической целью в области улучшения здоровья является создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье, создание предпосылок для его удовлетворения».

Основная задача нашего государства и системы здравоохранения этом направлении – создание у своих граждан осознанной потребности относится к своему здоровью как к ценности.

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние среды его обитания. Одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие оказывают отрицательное воздействие. Установлено, что более 70 % факторов, влияющих на состояние здоровья населения,

являются управляемыми, то есть зависят от состояния и поведения самого человека.

Наиболее распространенными среди взрослого населения и поддающимися коррекции факторами риска являются:

– низкая физическая активность;

– несбалансированное питание (избыточное потребление поваренной соли, насыщенных жиров, недостаток белков, микроэлементов, витаминов и др.);

– вредные привычки (табакокурение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и др.);

– психологическая дезадаптация (высокая психо-эмоциональная нагрузка, усталость на работе, чувство страха, враждебности, социальной незащищенности и др.).

Выявление факторов риска и профилактика хронических болезней способствуют сохранению здоровья и повышению качества жизни популяции.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) является основой профилактики многих заболеваний. ЗОЖ способствует укреплению, сохранению в некоторых случаях восстановлению здоровья человека. Поэтому формирование здорового образа жизни является актуальной проблемой.

В Международном терминологическом словаре санитарного просвещения дано следующее определение: «Здоровый образ жизни – гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия».

По мнению Ю. П. Лисицына, «здоровый образ жизни – это, прежде всего, деятельность, активность личности, группы людей, общества, использующих материальные и духовные условия и возможности в интересах здоровья, гармонического физического и духовного развития человека».

Здоровый образ жизни включает в себя несколько аспектов: рациональное питание, двигательная активность, режим труда и отдыха и их чередование, неприятие вредных привычек, сексуальная культура (под которой

понимается ответственность за свое репродуктивное здоровье и здоровье партнера), экологически грамотное поведение.

К комплексу факторов, обеспечивающих здоровый образ жизни, относятся: соответствующая политика государства; личная заинтересованность и ответственность человека; ответственность семьи (родителей); проведение гигиенического образования и воспитания населения и др. Формирование здорового образа жизни относится к комплексу медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Основами законодательства об охране здоровья граждан закреплен приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения («Закон о здравоохранении»). Профилактика заболеваний является главным принципом отечественного здравоохранения.

Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется ***медицинской профилактикой***. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной (массовой). Индивидуальная профилактика – это проведение профилактических мероприятий с отдельными лицами; групповая – с группами лиц со сходными факторами риска; популяционная – охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом. Кроме того, различают первичную, вторичную и третичную профилактику (реабилитацию).

Первичная профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья. Первичная профилактика включает в себя комплекс мер, предусматривающих:

– снижение влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни);

– формирование здорового образа жизни;

– предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев, а также случаев смертности в трудоспособном возрасте;

– проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию. Вторичная профилактика включает в себя:

– целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);

– проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития;

– проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

Третичная профилактика (реабилитация) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Одним из важнейших компонентов первичной профилактики является ***формирование здорового образа жизни (ЗОЖ)***, который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.

Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит его пропаганде, целью которой является формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Медико-гигиеническое воспитание – часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование ЗОЖ и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

Основной целью медико-гигиенического воспитания населения является формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Важнейшими направлениями формирования ЗОЖ являются:

– пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: личная гигиена, гигиена труда, отдыха, питания, физкультура, гигиена половой жизни, медико-социальная активность, гигиена окружающей среды и др.;

– пропаганда мер по профилактике факторов, пагубно влияющих на здоровье: избыточного потребления пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребления спиртными напитками, употребления наркотиков, курения табака, соблюдения некоторых этнических обрядов и привычек и т. д.

Для пропаганды здорового образа жизни используют различные методы:

- Вербальные формы пропаганды: лекция, беседа, теле- и радио вступления.

- Печатные формы пропаганды: бюллетени, брошюры, памятка, журнальные и газетные публикации.

Наглядные формы пропаганды: фотографии, видеофильмы. Служба формирования ЗОЖ осуществляет свою работу через:

1. Систему учреждений здравоохранения.
2. Систему образования.

3. Молодежные организации.
4. Каналы коммуникации (ТВ, радио, печать).
5. Факультативные формы обучения (школы здоровья, школы молодой матери, пожилого человека и т. д.).
6. Массовые формы пропаганды ЗОЖ (кино-видео- лектории, ярмарки, праздники, марафоны здоровья и т. д.).

Первичными подразделениями службы формирования здорового образа жизни являются *отделения (кабинеты) профилактики*. Они организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей.

В основе работы по гигиеническому обучению и воспитанию лежат следующие *принципы*:

– государственный характер – государство финансирует деятельность учреждений по гигиеническому обучению и воспитанию населения, обеспечивает развитие материально-технической базы, подготовку кадров, правовую основу деятельности учреждений службы;

– научность – соответствие медицинских и гигиенических знаний современному состоянию науки и практики;

– массовость – участие всех медицинских работников, вовлечение специалистов других ведомств и общественных организаций;

– доступность – при изложении материала нужно избегать непонятных медицинских терминов, речь должна быть доступна для понимания;

– целенаправленность – работу следует проводить по выбранному направлению дифференцированно с учетом различных групп населения;

– оптимистичность – для достижения эффекта важно подчеркивать возможность успешной борьбы с заболеваниями;

– актуальность – выбор направления работы должен быть актуальным в данный момент времени.

Проблемы укрепления здоровья населения путем существенного снижения распространенности социально значимых заболеваний, создания условий и формирования мотивации для ведения здорового образа жизни последние годы привлекают все большее внимание на государственном уровне.

В этом направлении предусмотрено решение следующих задач:

– формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения. Привлечение граждан к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработка механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;

– разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических

программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;

– создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;

– обеспечение без барьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационных мер, направленных на обеспечение максимальной социализации инвалидов;

Для внедрения комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями.

Таким образом, рационально построенная система профилактики дает высокий социальный и экономический эффект за счет предотвращения преждевременной смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности, сокращения расходов на выплату социальных пособий и др.

Сейчас проблема формирования навыков здорового образа жизни населения стала гораздо выше, однако, пока только в рамках житейского бытового сознания.

Причиной этому является целый ряд проблем, связанный как с психологией, культурой и традициями, так и с некоторыми социальными явлениями:

– повседневная и круглосуточная доступность первичной медицинской помощи на уровне доврачебной и первой врачебной помощи рождает уверенность в возможности излечения большинства болезней, что порождает пренебрежение профилактическим мероприятиям;

– неправильное толкование медицинской информации приводит к значительному разрыву между привлекательностью рекламируемых новых методов диагностики, лекарств, легких способов избавления от болезней и кажущейся простотой, обыденностью профилактических мер;

– неизбежная потеря личного времени для мероприятий здорового образа жизни и нежелание отказаться от удовольствий привычного образа жизни, а также финансовые трудности по приобретению физкультурно-оздоровительных товаров и услуг снижают профилактическую активность населения;

– отсутствие эффективной системы воспитания и обучения психологическим аспектам здорового образа жизни.

5.10 Модернизация организации и управление здравоохранениеим в условиях цифиризации экономики

Как известно, стратегическая задача национального проекта "Здоровье" - повышение качества и доступности медицинской помощи. Именно на это направлены мероприятия по укреплению материально-технической базы и повышению квалификации кадров первичного звена, повышению заработной

платы специалистам участковой службы, созданию центров высоких технологий, вакцино-профилактике и т. д. Реализация комплекса столь масштабных мер не может не потребовать изменений в планировании и оценке результатов деятельности в сфере здравоохранения.

Один из основных инструментов планирования - широко применяемая система государственных (муниципальных) заказов-заданий на выполнение определенных объемов медицинской помощи. В то же время очевидно и то, что используемые методы планирования далеки от совершенства. Это в полной мере касается и указанных заказов-заданий, на которые возлагаются особые надежды в связи с предполагаемым расширением организационно-правовых форм медицинских организаций. Целесообразно определить основные проблемы в этой области, а также наметить возможные пути их решения.

Для того чтобы анализ ситуации с формированием и реализацией государственных (муниципальных) заказов-заданий был более полным, назовем причины, в силу которых данная форма планирования сегодня является *доминирующей в отечественном здравоохранении*:

– обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;

– обеспечение скоординированного поступления в отрасль ресурсов из системы ОМС, а также из бюджетов всех уровней;

– выравнивание финансовых условий функционирования государственного и муниципального здравоохранения в различных регионах;

– развитие амбулаторно-поликлинической помощи и сокращение объемов стационарной;

– разграничение медицинской помощи, финансируемой из бюджета и из ОМС;

– определение соответствия объемов государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь выделяемым ресурсам.

Имеющийся во многих регионах опыт позволяет сформулировать и перечень основных проблем, которые необходимо решать сейчас, а не переносить в те условия, когда появятся медицинские организации новых организационно-правовых форм, а частная медицина на общих основаниях будет участвовать в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Казахстан бесплатной медицинской помощи.

К данным проблемам необходимо отнести следующие виды:

1) несовершенство нормативно-правой базы по формированию заказов-заданий на оказание медицинской помощи;

2) необходимость обеспечения конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь независимо от объемов ресурсного обеспечения заказа;

3) необходимость выбора и унификации оптимального способа оплаты медицинских услуг (фондодержание, глобальный бюджет, система диагностически связанных групп и т. д.);

4) необходимость увеличения доступности медицинской помощи;

5) отсутствие эффективных механизмов, обеспечивающих координацию деятельности медицинских организаций различной подчиненности при формировании и реализации заказов-заданий;

6) несовпадение интересов заказчика и исполнителя;

7) ориентация руководителей здравоохранения только на объемные (ресурсные) показатели деятельности;

8) отсутствие в заказах-заданиях конкретных задач по развитию профилактической медицины;

9) отсутствие эффективных методов контроля за выполнением заказов-заданий, планирование.

Вероятно, большинство вопросов, на которые необходимо дать ответ, связан с несовершенством нормативно-правовой базы по планированию деятельности в сфере здравоохранения.

На ближайшие годы задачами отрасли здравоохранения станут:

1. Повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи.

2. Переход на новые формы оплаты труда врачей, введение системы материального стимулирования медицинских работников по конечным результатам деятельности: денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам и медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики, участковых терапевтов, участковых педиатров с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи.

3. Подготовка и переподготовка врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров, укомплектование медицинскими кадрами участковой службы, снижение коэффициента совместительства до 1,25. Укрепление диагностической службы первичной медицинской помощи. Оснащение муниципальных медицинских организаций рентгенографическим оборудованием, оборудованием для ультразвуковых исследований, электрокардиографами и лабораторным оборудованием. Необходимо укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи, в т. ч. оснащение бригад скорой медицинской помощи современными транспортными средствами, реанимобилями.

4. Усиление профилактической направленности здравоохранения, формирование у населения культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению, углубленной диспансеризации, формирование Паспорта здоровья для каждого жителя страны.

5. Возрождение профилактического направления в здравоохранении. Структурирование системы медицинской профилактики таким образом, чтобы основной жизненной ценностью стало здоровье. Формирование у населения мотивации к личной ответственности за собственное здоровье, воспитание у детей навыков культуры здоровья. Особое место в улучшении состояния здоровья нации будет занимать медицинское просвещение.

6. Восстановление и расширение практики диспансерного наблюдения за больными, диспансеризация трудоспособного населения, а также лиц, проживающих в сельской местности.

7. При оценке деятельности лечебных учреждений показатели профилактической работы должны стать приоритетными, для чего необходимо разработать четкую систему экономической мотивации данного направления.

8. Необходимо создавать экономические стимулы для сохранения и укрепления гражданином своего здоровья.

Контрольные вопросы:

1. Какие группы факторов вызвали ухудшение здоровья населения в Казахстана?
2. Приведите понятие "экономика здравоохранения".
3. Что является объектом экономики здравоохранения?
4. Перечислите преимущества медицинского страхования.
5. Назовите главные проблемы здравоохранения и пути их решения.
6. Раскройте уровни организации медицинского обслуживания.
7. Какие организационно-правовые формы и типы экономических отношений сформировались в здравоохранении?
8. Перечислите внешние и внутренние источники финансирования здравоохранения.
9. Для чего предназначены финансовые средства здравоохранения?
10. Охарактеризуйте движение финансовых средств при бюджетно-страховой медицине.
11. Что представляют собой медицинская услуга и медицинский труд?
12. Назовите особенности медицинских услуг.
13. Приведите основные компоненты качества медицинской услуги.
14. Что устанавливают стандарты?
15. Какие стандарты используются в здравоохранении?
16. Что такое себестоимость и ее этапы.
17. Раскройте понятие цены и приведите виды цен в здравоохранении.
18. Какие виды эффекта характеризуют здравоохранение как сектор экономики?
19. Как вы понимаете экономическую эффективность здравоохранения?
20. Приведите характеристику современной ситуации в системе здравоохранения.

ГЛАВА 6.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

6.1 Понятие и сущность управления здравоохранением и их особенность в экономике

Полноценная деятельность любой системы в значительной мере зависит от четкого управления. «Управлять» – значит направлять ход движения кого-, чего-нибудь (управлять государством, системой здравоохранения и др.).

Управление здравоохранением – это сложная многоуровневая многокомпонентная система мероприятий, обеспечивающих рациональное функционирование отрасли и ее ресурсов (кадры, организации здравоохранения, материально-техническая база, финансирование), которые посредством нормативно-правового регулирования, медицинских технологий, знаний и умений медицинских работников обеспечивают предупреждение и ликвидацию заболеваний, снижение смертности инвалидности, улучшение физического развития, повышение трудоспособности и увеличение продолжительности жизни людей.

Руководство здравоохранением государств состоит из двух основных уровней: центрального и местного.

Центральный уровень представлен республиканскими органами, местный – территориальными (областными, районными).

На центральном (республиканском) уровне руководство здравоохранением осуществляют Президент, Кабинет Министров, парламент, непосредственно вся работа ведется Министерством здравоохранения. Министр здравоохранения назначается Президентом. Свою работу он строит на принципах единоначалия и коллегиальности.

При министре здравоохранения функционирует коллегия. Это собрание наиболее авторитетных в здравоохранении и облеченных соответствующими должностными полномочиями лиц. На коллегию выносятся важные вопросы, требующие коллективного решения.

Работа Министерства здравоохранения строится на основании положения о Министерстве здравоохранения. В соответствии с положением разработаны задачи министерства. *Основными из них являются*:

1) обеспечение всемерного развития охраны здоровья населения;
2) обеспечение бесплатной, доступной, квалифицированной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения;
3) организация и проведение мер по профилактике заболеваний, оздоровлению условий жизни и окружающей среды;

4) обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения Республики Казахстан;

5) повышение качества лечебно-профилактической помощи матерям и детям;

6) подготовка медицинских и фармацевтических кадров, их специализация и усовершенствование;

7) изучение здоровья населения, организация социально-гигиенического мониторинга его изменений;

8) координация и контроль профессиональной деятельности медицинских работников;

9) разработка национальных программ профилактики заболеваний.

Задачи Министерства здравоохранения определяют его структуру. Основу Министерства составляют главные управления, каждое из которых отвечает за организацию и состояние работы по конкретному направлению.

В структуре Министерства здравоохранения имеются:

–Департамент медицинской помощи (отделы первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, медицинской помощи матерям и детям, медицинской экспертизы и реабилитации).

–Департамент планирования и экономики здравоохранения.

–Департамент кадровой политики.

–Управление гигиены, эпидемиологии и профилактики и др.

и составе управлений, наряду с другими специалистами, имеются главные специалисты (главный хирург, терапевт, педиатр, эпидемиолог др. – всего 87 чел.). Это наиболее опытные сотрудники, профессора, преподаватели медицинских вузов, директора научно-исследовательских институтов, которые хорошо знают здравоохранение по направлениям своей деятельности. Каждый из них несет ответственность за подведомственный ему участок работы в масштабе здравоохранения всей страны.

Основные разделы работы главных специалистов:

1. Организационно-методическая работа (анализ, планирование деятельности службы, изучение потребности в аппаратуре, инструментарии и медикаментах, внедрение новых методов диагностики, лечения профилактики, организация планово-консультативной и экстренной помощи).

2. Консультативная работа (оказание помощи в решении сложных клинических случаев специалистам службы).

3. Контролирующая работа (оценка состояния здоровья населения, качества медицинской помощи по специальности, контроль и руководство работой городских и районных специалистов).

4. Работа с кадрами (расстановка кадров, проведение мероприятий по повышению квалификации кадров, подготовка и проведение совещаний, конференций, семинаров, подготовка и проведение аттестаций).

Местные органы руководства здравоохранением на областном уровне

(14 областей, 3 города республиканского подчинения) представлены департаментом здравоохранения областных и городских органах. Структура управлений в известной мере аналогична структуре Министерства здравоохранения. Состав подразделений, число сотрудников соответствуют объему выполняемых задач.

На ***районном уровне*** (в республике сельских районов) руководство представлено одним человеком – ***главным врачом районного медицинского объединения*** (он же главный врач центральной районной больницы – ЦРБ). Главный врач в своей деятельности по управлению здравоохранением района опирается на заместителей, штатных и нештатных специалистов, заведующих отделениями ЦРБ.

Например, в крупных городах. руководство здравоохранением осуществляют городские Департаменты по здравоохранению, а во всех остальных областях –областные департаменты по здравоохранению.

На всех уровнях руководство здравоохранением имеет двойственное подчинение: по вертикали – вышестоящим медицинским органам, по горизонтали – местным органам исполнительной власти. Это позволяет эффективно использовать возможности последних при решениях вопросами охраны здоровья населения конкретной территории.

Отличительные черты управления в системе здравоохранения:

– чрезвычайная ответственность принимаемых решений управления, поскольку объектом воздействия является здоровье человека;

– трудность предсказания последствий, которые нередко проявляются не сразу, в отдаленные сроки;

– сложность, а иногда и невозможность исправления последствий неправильных решений;

– особая значимость принципа системного подхода.

Управление здравоохранением – это процесс обеспечения эффективного функционирования системы здравоохранения.

Один из важнейших принципов управления в здравоохранении – *системный подход*.

Система – это совокупность взаимосвязанных элементов, обладающая свойствами, не присущими каждому элементу в отдельности. Все элементы системы оказывают влияние друг на друга, систему нужно оценивать вместе со средой (для здравоохранения – это экономика страны, культурный уровень населения и др.)

Система здравоохранения состоит из *структурных* (министерство здравоохранения, управления здравоохранением различных уровней) *функциональных элементов* (стационарная и поликлиническая помощь и т. д.).

Системный подход предполагает анализ связей и взаимодействия между элементами системы в динамике, а также в перспективе.

Выделяют основные группы *методов управления*:

– организационные;

– распорядительные (регламентирование и нормирование);

– социально-психологические (созданиемотивации работника труду и сотрудничеству, формирование сознательной дисциплины, благоприятного – социально-психологического климата в коллективе);

– экономико-математические (экономический анализ, методы научного планирования и прогнозирования);

– правовые.

В чистом виде эти методы управления не используются

Стили руководства – совокупность типичных и относительно устойчивых приемов воздействия руководителей на подчиненных:

а) авторитарный (директивный) – стремление централизовать власть, единолично решать вопросы; руководитель не терпит возражений, резко реагирует на критику; в контроле опускается до мелочей; между сотрудниками и руководителем возникает психологический барьер;

б) демократический (коллегиальный) – забота о создании оптимального психологического климата; к разработке решений привлекаются все члены коллектива; поощряется инициатива сотрудников; контроль проводится по основным позициям; в коллективе преобладает отношение сотрудничества;

в) либеральный (исполнительный – минимальное вмешательство руководителя в деятельность коллектива; неумение распределить функции; в работе отсутствует системность; выполнение дел отстает.

Обязательные качества руководителя (в ранговом порядке):

1) принципиальность;
2) справедливость;
3) компетентность;
4) требовательность;
5) организаторские способности

Данные качества являются составляющими авторитета руководи-теля (мера общественного признания, выражающая, насколько коллек-тив считается с руководителем, его мнением, советами).

Управленческий цикл – процесс управления, начинающийся и заканчивающийся сбором информации об управляемом объекте (но уже в новом состоянии системы после управленческого воздействия), носящий замкнутый циклический характер и имеющий поступательное движение по спирали.

Этапы управленческого цикла:

1) получение исходной информации, обработка и анализ;
2) разработка и принятие управленческого решения;
3) реализация управленческого решения;

4) контроль за реализацией управленческого решения (получение информации, анализ, корректировка, оценка результатов работы).

5) *Процесс управления* (управленческий цикл) схематично может быть представлен в виде трех составных частей:

– подготовительной;

– исполнительной;

– контрольной.

Полноценность управления обеспечивается четкостью постановки цели, наличием необходимой информации. Информация должна соответствовать определенным требованиям. Это, в частности, *целенаправленность, достоверность, адекватность, своевременность*. В целом же информация в управлении имеет несколько назначений:

для разработки решений;

для оценки настоящего состояния

и разработки перспектив развития; для контроля.

Анализом и оценкой информации, необходимой для разработки управленческого решения, в основном заканчивается *подготовительная часть* процесса управления.

Вторая часть – *исполнительная*. В здравоохранении она может быть представлена в виде следующих основных видов управленческих решений:

1) медицинские (организация, технология, качество, совершенствование лечебно-профилактического процесса);

2) социальные (кадры, их использование, подготовка, условия жизни, труда, отдыха и др.);

3) административные (регламентация и документальное оформление деятельности медицинского персонала, положение об учреждении, должностные инструкции);

4) ресурсные (финансы, сеть, обеспечение лекарствами, обеспечение медицинской техникой);

5) хозяйственные (развитие материальной базы, строительство, ремонт, использование транспортных средств, организация питания и др.);

В зависимости от формы управляющего воздействия решения бывают трех степеней:

– приказ – отражает самую строгую императивную форму распорядительного воздействия. Приказ фиксирует что, где, когда, кем должно быть сделано. Приказ – это прямое обязательное предписание;

– распоряжение – ограничено менее жесткими рамками принуждения;

– рекомендация – наименее обязательная форма. Допускаются уточнение, конкретизация.

Требования к управленческому решению:

– целенаправленность;

– эффективность;

– экономичность;

– своевременность;

– надежность;

– гибкость;

– жизнестойкость.

Третья, заключительная, часть процесса управления представляет собой контроли за реализацией решений и оценку результатов.

Комплексный подход к совершенствованию управления состоит:

– овладение комплексом методов управления;

– развитие культуры управления (повышение квалификации руководящих кадров, оптимизация стиля управления);

– более широкое использование технических средств, в частности вычислительной техники, в управлении.

Использование автоматизированных систем облегчает процесс управления сложной системой многочисленных взаимосвязанных структур.

Контрольные вопросы:

1. Комплексные подходы для совершенствования управления здравоохранением.
2. Анализом и оценкой информации управленческих сферах здравоохранении.
3. Перечислите основные группы методов управления здравоохранения.
4. Местные органы руководства здравоохранением на областном уровне.
5. Руководство здравоохранением государств.
6. Понятие и сущности управления здравоохранения в сфере экономики.

6.2 Управление себестоимостью и эффективностью медицинских услуг

В рамках экономики здравоохранения можно выделить два основных уровня или два аспекта данной науки.

Первый - макроэкономический уровень (внешний аспект экономики здравоохранения) характеризует организационно-правовую основу системы здравоохранения, ее влияние на экономику общества, различные межотраслевые или межсекторные связи. Эти связи складываются в рамках национальной экономики, в основном в тех сферах, которые непосредственно связаны со здравоохранением. Таких секторов насчитывается около 30 - это медицинская и фармацевтическая промышленность, приборостроение, текстильная, пищевая промышленность и т.д.

Второй аспект экономики здравоохранения - это микроэкономический, или практический уровень, который характеризует экономические проблемы внутри самой системы здравоохранения, изучает закономерности, связанные с реализацией продукта медицинской деятельности. Главный микроэкономический элемент здравоохранения - это медицинское учреждение, которое выступает как своеобразное услуг производящее предприятие.

Остановимся, *в первую очередь*, на рассмотрении микроэкономического уровня.

На практике в настоящее время широко используется понятие себестоимости медицинской услуги. Себестоимость отражает затраты на оказание медицинской услуги, выраженные в денежной форме. На первом этапе затраты, образующие себестоимость услуги, группируются в соответствии с экономическим содержанием по следующим элементам: затраты на оплату труда медицинского персонала, отчисления на социальные нужды, приобретение медицинских и мягких материалов, лекарственных средств, аренда, обще учрежденческие расходы, износ оборудования и прочие затраты.

На втором -определяется себестоимость конкретной услуги.

Правильно рассчитанная цена медицинской услуги является гарантом финансовой стабильности учреждения здравоохранения.

Цена представляет собой денежное выражение стоимости, рыночный параметр которой характеризует экономические отношения между продавцами и покупателями по поводу купли-продажи товаров и услуг. Цена это сумма денег, за которую пациент готов купить, а медицинский работник продать данную медицинскую услугу. Структура цены складывается из двух основных элементов -себестоимости и прибыли. На цену влияет множество факторов, при этом цена также зависит от той цели, которой стремится достичь данное учреждение: обеспечение выживаемости, максимизация текущей прибыли, завоевание лидерства по показателям доли рынка и качества услуг, восполнение затрат, освоение новых технологий и др. Именно выбор цели и определяет метод расчета цены. Поэтому цена не всегда может иметь два элемента -себестоимость и прибыль. Прибыль может закладываться в цену. Цена может быть даже ниже себестоимости.

В том числе сегодня в здравоохранении сложилось 5 видов цен:

1. бюджетные оценки - это обоснование финансирования медицинских учреждений на основе принятых нормативных документов (бюджетные “расценки” не распадаются на себестоимость и прибыль и частично подходят для финансирования целевых бюджетных программ по оказанию медицинской помощи);

2. государственные цены на платные медицинские услуги (или прейскурантные цены) в бюджетном лечебном учреждении включают типичные фактические затраты, рассчитанные на основе произведенных трудовых и материальных норм, а также прибыль (от 15 до 30 процентов себестоимости);

3. тарифы на медицинские услуги по системе ОМС призваны возместить расходы медицинской организации по выполнению территориальных программ (себестоимость и прибыль в структуре затрат не выделяются);

4. договорные цены устанавливаются на основе прямого договора между медицинским учреждением и организацией - заказчиком работ с целью медицинского обслуживания сотрудников;

5. свободные рыночные цены формируются на основе спроса и предложения и зависят от конъюнктуры рынка медицинских услуг.

Расчетом цен на медицинские услуги занимается экономическая служба учреждения здравоохранения. Ценообразование - одна из сложных медико-экономических проблем здравоохранения, что обусловливается ряда причин:

- практика ведения бухучета в ЛПУ во многом не соответствует требованиям ценообразования, поскольку отсутствует отдельный учет многих видов затрат по службам, отделениям;

- здравоохранение как отрасль имеет сложную структуру, поэтому невозможно использовать одни и те же методики ценообразования для стационаров, амбулаторных подразделений и т.д.;

- затраты многообразных лечебных учреждений по - разному влияют на конечную стоимость медицинских услуг.

Тариф в системе ОМС включает 4-5 видов затрат, т.е. не все затраты ЛПУ. Те затраты, которые не компенсирует тариф, должны компенсировать бюджетные средства.

Таким образом, тариф в системе ОМС возмещает следующие затраты на: оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания и мягкий инвентарь. Затраты на коммунальные и прочие расходы, приобретение оборудования и предметов длительного пользования, капитальный ремонт должны быть компенсированы за счет бюджетных средств. Следовательно, основным принципом при формировании цен на рынке медицинских услуг является так называемый *затратный принцип образования цен*. Этот принцип предусматривает, что цена медицинской услуги формируется с учетом затраченных на ее осуществление ресурсов (*рабочей силы, лекарств, материалов, оборудования, накладных расходов, обязательных отчислений в бюджет и во внебюджетные фонды и т.д.*). Оценка перечисленных затрат ориентирована, как правило, на бюджетное финансирование, и, стало быть, эта оценка занижена. Современный экономический подход требует отражать в цене не фактические расходы медицинских учреждений, а *нормативные показатели сроков и методов лечения*, т. е. не, сколько возможно потратить, исходя из бюджета ЛПУ, а, сколько нужно потратить по законченному случаю.

При анализе деятельности здравоохранения как сектора экономики оценивают такие результирующие показатели, как *медицинский, социальный и экономический эффект* здравоохранения.

Медицинский эффект здравоохранения может оцениваться показателями, определяющими уровень и характер заболеваемости и ее тенденциями; числом заболевших и здоровых лиц; показателями, характеризующими объем и качество медицинской помощи, удовлетворенность населения качеством медицинской помощи и т.д.

Социальный эффект здравоохранения измеряется такими показателями, как продолжительность, качество жизни, демографическими показателями. Социальный эффект связан с удовлетворением потребности населения в здоровье и одновременно зависит от изменения многих социально-экономических факторов в стране. Поскольку социальный эффект

потенциально связан с экономическим эффектом, так как одним из его результатов является воспроизводство рабочей силы.

Экономический эффект оценивается по его влиянию на экономику общества. При этом могут оцениваться общие экономические потери (экономический ущерб, который несет общество в связи с заболеваемостью населения). Эти потери делят *на прямые и косвенные*.

Это позволяет вывести такой интегральный показатель, как показатель стоимости "груза болезней" (общая стоимость болезней), который включает в себя:

- *прямые расходы* на больничную и внебольничную помощь, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, расходы на приобретение медикаментов и др.;

- *непрямые экономические потери*, включающие недопроизводство валового внутреннего продукта в связи с преждевременной смертностью, временной утратой трудоспособности и инвалидностью населения.

Между социальным и экономическим эффектом существует не только тождество, но и противоречие, возникающее при выборе приоритета развития здравоохранения. Экономический рационализм должен, прежде всего, согласовываться с медицинским гуманизмом. Направление средств на борьбу со старческими недугами дает социальный эффект, но не сопровождается экономическим эффектом. В то же время борьба с "грузом болезней", характерная для молодого населения, сопровождается и социальным, и экономическим эффектом. Правильный выход из данного противоречия - достаточно серьезная этическая проблема, пока еще не получившая разрешения. Актуальность этой проблемы усиливается финансовыми ограничениями, заставляющими искать пути наиболее *рентабельного вложения* экономических ресурсов в мероприятия программ здравоохранения.

Кроме определения экономического эффекта, рассчитывается также экономическая эффективность. Экономическая эффективность - это соотношение экономических выгод, полученных при проведении медицинских мероприятий, т. е. экономического эффекта и затрат на эти мероприятия.

В настоящее время кроме оценки стоимости ущерба вследствие заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности используется практика оценки человеческой жизни как экономической категории. С гуманистической точки зрения жизнь человека является бесценным даром природы, однако, с экономической точки зрения она может иметь определенную числовую оценку. Расчеты, проведенные учеными, показали, что стоимость человеческих жизней, потерянных в Казахстана в результате преждевременной смертности, составила в 1996 г. 48% по отношению к ВВП.

Было установлено, что наиболее реальным является определение вклада здравоохранения в экономику общества при ликвидации или значительном снижении заболеваемости отдельными инфекционными заболеваниями (полиомиелитом и дифтерией), которое произвели В.А. Миняев, Н.И. Вишняков и др.(1997 г.). Расчеты экономических потерь общества вследствие преждевременной смертности до 70 лет, заболеваний, связанных с потерей

трудоспособности и инвалидности в год привели Ю.П. Лисицын и А.С. Акопян (1998 г.). Как бы то ни было, расчетные данные показывают, что экономический ущерб, связанный с заболеваемостью, инвалидностью и преждевременной смертностью населения невероятно велик.

Современная ситуация в системе здравоохранения РК характеризуется сложностью и противоречивостью. В условиях внедрения системы ОМС в наиболее сложном положении оказались органы управления здравоохранением и ЛПУ. Это вызвано тем, что закрепленная за ними ответственность по оказанию необходимой медицинской помощи не была обеспечена соответствующими объемами финансирования. Учреждения вынуждены работать по тарифам, которые значительно ниже себестоимости медицинских услуг. Предполагаемая прибыль ЛПУ вообще не имеет места. Достаточно претензий со стороны ЛПУ предъявляется к деятельности страховых компаний. Это относится и к не своевременным выплатам средств ОМС за объемы оказываемой медицинской помощи, и к иным вопросам, касающимся финансовых отношений. При потребности 10,8-11% тарифа страхового взноса к фонду оплаты труда всего населения законодатель установил только 3,6%, что не обеспечивает финансирование медицинской помощи даже работающему населению. Деятельность ЛПУ оказалась неконтролируемой в системе ОМС. Получив в определенной мере организационную и финансовую самостоятельность, руководители многих учреждений достаточно свободно, если не сказать бесконтрольно, стали использовать средства, получаемые по договорам от страховых организаций. Ожидаемой экономической заинтересованности медицинских работников в увеличении объемов и повышении качества своей работы не появилось.

Существуют определенные организационно-экономические и правовые основы создания и функционирования *рынка услуг здравоохранения*. Среди этих условий можно обозначить следующие: создание полноценной конкурентной среды в системе здравоохранения, что может быть обеспечено существованием разнообразных форм собственности и видов хозяйствования. Эта предпосылка позволяет обеспечить конкуренцию лечебно-профилактических учреждений на рынке медицинских услуг, рост профессионального уровня персонала и его ответственности.

Важное значение имеет полноценное обеспечение *необходимой информацией* всех участников рынка, как производителей, так и потребителей медицинских услуг. Особое значение полноценная информация имеет для пациентов, поскольку это может дать возможность выбора наиболее приемлемых видов услуг в различных медицинских учреждениях. Так же важное условие заключается в том, что должно быть обеспечено *регулирование и управление рыночными процессами* в здравоохранении. Роль регулятора рынка медицинских услуг должно взять на себя государство. Имеется в виду рынок медицинских услуг самого различного характера и назначения.

Они могут быть:

- оздоровительные,
- лечебно-диагностические,

– консультативные,
– реабилитационные услуги и т. д.

Все то, что содействует сохранению, укреплению, развитию и восстановлению здоровья.

В условиях модернизации управление - автоматизированные системы управления (АСУ) – реальная техническая основа для обеспечения системного подхода в управлении, быстрого и многократного получения производственной информации, ее обработки передачи, выдачи оптимальных рекомендаций и оперативного контроля принятых решений, выбора наиболее эффективных решений в условиях перспективного планирования и оперативного управления, составления годовых, квартальных и месячных планов и отчетов.

Для работы с информационными потоками используются информационные системы (ИС) – совокупность информационных технологий, реализующих информационные процессы. Основная цель ИС медицинского назначения – поддержка разнообразных задач оказания медицинской помощи населению, управления медицинскими учреждениями (ЛПУ) и информационное обеспечение самой системы здравоохранения; также ИС обеспечивают поддержку научных исследований, учебной аттестационной работы.

Контрольные вопросы:

1. Полноценное обеспечение необходимой информацией всех участников в рынке медицинских услуг.
2. Оценка экономической эффективности в здравоохранении.
3. Расчеты цен на медицинские услуги.
4. Определение и виды цен в здравоохранении.
5. Понятие о себестоимости медицинской услуги.

ГЛАВА 7.

МОДЕРНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1 Основные направления маркетинговой деятельности в системе здравоохранения

До недавнего времени маркетинг в здравоохранении использовался, как правило, эпизодически в виде отдельных приемов: изучения спроса на лекарственные средства, реклама фармацевтической продукции и т.п. Комплексные исследования по проблемам маркетинга в этой области не проводились. Маркетинг должен стать инструментом эффективной деятельности учреждений здравоохранения.

Маркетинг способствует более успешному освоению рынка медицинских услуг за счет выявления тех их видов, которые пользуются наибольшим спросом у потребителей. Кроме того, рациональное построение сбытовой политики организаций здравоохранения существенным образом минимизирует сопутствующие издержки путем более обоснованного и целенаправленного продвижения лечебно-профилактических услуг к их пользователям (пациентам).

Сфера услуг отличается от производства практическим использованием маркетинга. К маркетингу начинают обращаться по мере обострения конкуренции, роста издержек, замедления или падения роста производительности труда, ухудшения качества услуг.

В системе здравоохранения ряд исследователей определяет маркетинг как систему принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложения медицинских услуг производителей.

В системе здравоохранения , несмотря на влияние рыночной экономики, превалирует влияние социальных факторов. Поэтому особенно актуален вопрос об использовании в здравоохранении принципов и подходов социального маркетинга.

Маркетинг в здравоохранении – это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем.

Цель маркетинга состоит:

1. в разработке прогнозов развития рынка лечебно-профилактических услуг (медикаментов, изделий);

2. оптимизации стратегии оказания медико-санитарной помощи;

3. решении проблем создания новых видов услуг, товаров, лекарственных средств для более полного удовлетворения спроса на них.

Принципы маркетинга, применяемые в здравоохранения (процесс управления маркетингом):

1. Всестороннее исследование всех типов рынков в здравоохранении (рынок мед. услуг, рынок специалистов и т.д.);

2. Сегментирование рынка (по группам ЛПУ, потребителей и т.д.);

3. Гибкое реагирование производства и сбыта мед. услуг на требования активного и потенциального спроса;

4. Инновация – внедрение новых форм организации труда и управления;

5. Планирование (видов, объемов и качества мед. услуг).

Сегментирование рынка – разбивка рынка на четкие группы потребителей, для каждой из которых могут потребоваться отдельные товары (услуги). Сегментирование нацелено на специфическую группу потребителей и может производиться по географическому, демографическому, поведенческому и др. принципам. В системе здравоохранения сегментирование рынка является частью деятельности частных клиник, стоматологических кабинетов, оздоровительно-косметологических организаций.

Сегмент рынка - совокупность потребителей, одинаково реагирующих на один и тот же набор побудительных стимулов маркетинга .

Основные направления маркетинговой деятельности:

- изучение и прогнозирование рынка;
- разработку методов воздействия на рынок;
- определение эффективной ценовой политики;
- информационное обеспечение;
- разработка плана маркетинга .

Чрезвычайно важным направлением маркетинговой деятельности является изучение потребности населения в медицинской помощи. Основным методом исследования является анализ статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений.

Вторым направлением маркетинговых усилий в отношении потребности должно быть формирование потребности населения в здоровье. Потребность населения в здоровье, а, следовательно, в медицинских услугах высока. Однако важно отметить, что для подавляющей массы населения она не является каждодневной, осознанной и экономически обусловленной. Здоровье часто понимается лишь как отсутствие болезни, а, в ряде случаев, просто как работоспособность. Следовательно, имеется потребность в медицинских услугах с целью восстановления утраченного здоровья, но не с целью его поддержания и укрепления. Это приводит к поздней обращаемости за медицинской помощью, появлению запущенных случаев заболеваний, что ведет к росту материальных затрат на лечение и выплаты, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности.

Эффективная маркетинговая деятельность по формированию потребности населения в здоровье может в значительной степени снизить затраты. Эта деятельность должна осуществляться как в рамках санитарного просвещения, так и в виде рекламы в средствах массовой информации (за счет поиска так называемых информационных спонсоров) или PR — акций.

Выбрав рынок, разбив его на сегменты, оценив привлекательность каждого, необходимо для целевого сегмента разработать комплекс маркетинга – набор поддающихся контролю переменных факторов маркетинга , совокупность которых организация использует в стремлении вызвать желаемую ответную реакцию со стороны целевого рынка. Разработка маркетингового комплекса – это ключевое звено маркетинговой деятельности ЛПУ. Осуществляется разработка в следующей последовательности:

1. Разработка услуги;

2. Определение цены;

3. Реализация разработанной новой услуги или усовершенствованной старой.

Существует несколько стратегий разработки и продвижения услуги.

1. Проникновение на рынок – предполагает, что медицинская организация оказывает имеющиеся услуги существующим потребителям на заданных рынках.

2. Расширение рынка – означает предложение имеющихся медицинских услуг новым потребителям.

3. Диверсификация – это предложение новых услуг новым потребителям.

Важный элемент маркетинга – вывод товара на рынок и его продвижение к потребителю. Это достигается с помощью маркетинговых коммуникаций. Коммуникационный комплекс включает следующие элементы:

1. Реклама – коммерческая информация об услуге или учреждении, привлекающая к ним внимание и убеждающая в их достоинствах и преимуществах;

2. Стимулирование сбыта – активизация и поощрение покупателей с помощью ценовых скидок;

3. Пропаганда – проведений кампаний с целью изменения восприятия населением медицинских услуг.

Функции рекламы:

- информационная – связующее звено рынка медицинских услуг (между производителем мед. услуг и потребителем);

- положительное психологическое восприятие мед. услуги покупателем (пациентом);

- культурное и социальное воздействие на все общество.

Задача рекламы заключается в том, чтобы не только сообщить о товарах, услугах, но и вызвать необходимую реакцию потребителя.

Чтобы реклама была эффективной, необходимо:

- довести до сведения потенциальных пациентов, что данная услуга оказывается в вашем учреждении, что методы её оказания имеют конкретные преимущества, что её окажут по указанному адресу, по определенной цене;

- заставить пациента задуматься о возможности воспользоваться данной услугой, приводя доводы в пользу такого «приобретения»;

- пробудить желание воспользоваться данной услугой, вызвать мысленные представления о её результатах.

Направления стратегии маркетинга (поведения на рынке) для медицинских учреждений могут быть следующие:

1. Повышение качества потребительских свойств товара (услуги). Например, для центров ГСЭН – это использование приборов с высокой разрешающей способностью и высокой точностью для оценки состояния окружающей среды, экспресс -методик.

2. Надежность изделия, его гарантированное обслуживание и ремонт.

3. Престижность фирмы и закрепление её в качестве лидера по данной услуге.

4. Продажа товара (услуг) с сопутствующими нужными услугами.

5. Наличие новизны, повышающей узнаваемость продукта, улучшающей возможность использования и эстетическое восприятие, усиливающей эффективность и др.

В настоящее время осуществление маркетинговых исследований рынка медицинских услуг становится обязательным условием организации эффективной деятельности медицинских учреждений.

Проблемы Финансовое обеспечение:

При существующей системе бюджетно-сметного финансирования в условиях несоответствия объемов необходимой медицинской помощи объемам финансовых средств, выделяемых на ее оказание, низка экономическая заинтересованность во взаимовыгодном развитии отношений участников процесса предоставления высокотехнологичной медицинской помощи - от государства до медицинских учреждений.

Эффективное перераспределение ресурсов может быть достигнуто на основе целевой системы финансирования медицинских учреждений, ориентированной на достижение заданных результатов. Такой системой является формирование государственного задания (заказа) на высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Формирование и реализация государственного задания (заказа), гарантирующего доступность высокотехнологичной медицинской помощи любому гражданину нашей страны, позволит добиться не только значительного медико-экономического, но и ощутимого социального эффекта, решит целый ряд проблем государственной поддержки населения, особенно лиц с невысокими доходами.

Для увеличения объемов оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи будет проведен комплекс организационных мероприятий, объемы финансирования также должны возрасти.

Для удовлетворения потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи требуется также создание медицинских центров, способных с учетом достижений медицинской науки совершить прорыв отечественного здравоохранения в области высоких технологий.

Приоритетные направления развития высокотехнологичной медицинской помощи - сердечно-сосудистая хирургия, травматология, ортопедия и эндопротезирование, нейрохирургия, репродуктивные технологии, эндокринология.

Таким образом, на ближайшие годы задачами отрасли станут повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи; усиление профилактической направленности здравоохранения; удовлетворение потребности населения в дорогостоящих видах помощи, перевод Государственных специализированных учреждений на работу в условиях государственного заказа и др.

Контрольные вопросы:

1. Понятие маркетинга в здравоохранении
2. Цели и принципы маркетинга в системе здравоохранения.
3. Эффективная маркетинговая деятельность здравоохранения.
4. Разработка маркетингового комплекса в медицинских услугах.
5. Эффективное перераспределение ресурсов сфере здравоохранения.

7.2 Модернизация бизнес-плана, структура лечебно - профилактического учреждения

Бизнес-план — это четко структурированный документ, описывающий все основные аспекты деятельности медицинской организации с момента ее создания до вывода на проектную мощность; он включает разработку цели проекта, оценку фактических экономических показателей медицинской организации, анализ рынка и информацию о клиентах, определение конкурентной стратегии для достижения поставленных целей. Качественно составленный бизнес-план повышает шансы организации в получении финансовых средств от предполагаемого инвестора.

Основной целью разработки бизнес-плана любого учреждения здравоохранения является планирование его деятельности на ближайший и отдаленный период в соответствии с потребностями населения в различных видах медицинской помощи и возможностями получения необходимых ресурсов.

Бизнес-план помогает руководителю ЛПУ решить следующие задачи:

– сформулировать долговременные и краткосрочные цели учреждения, стратегию и тактику их достижения;

– определить конкретные направления деятельности учреждения на ближайший и отдаленный периоды;

– выявить соответствие кадрового обеспечения, условий и мотивации труда работников ЛПУ предъявляемым требованиям для достижения поставленных целей;

– определить содержание маркетинговых мероприятий по изучению рынка медицинских услуг, рекламе, ценообразованию и т.д.;

– оценить финансовое положение фирмы и соответствие имеющихся финансовых и материальных ресурсов поставленным целям развития ЛПУ;

– способствовать привлечению денежных средств и потенциальных партнеров, владеющих собственным капиталом или технологиями, в которых заинтересовано данное ЛПУ.

Бизнес план может быть разработан руководством ЛПУ, консалтинговой организацией, либо наемной группой специалистов в области внутрифирменного планирования.

Бизнес-план разрабатывается на 1-5 лет.

Последовательность составления бизнес-плана:

– принимается решение о внедрении мероприятий по совершенствованию действующей медицинской организации или о создании новой организационно-правовой формы (например, медицинской автономной некоммерческой организации);

– оцениваются собственные возможности ЛПУ в реализации проекта;

– выбираются медицинские услуги, оказание которых будет целью проекта;

– исследуется возможность рынка данных медицинских услуг;

– выбирается место для осуществления намеченной деятельности;

– разрабатываются:

– - план производства;

– - план маркетинга;

– - организационный план;

– - финансовый план;

– анализируются возможные риски от данного проекта;

– составляется резюме к бизнес-плану, которое в окончательном тексте становится первым разделом документа.

Качественно разработанный бизнес-план помогает ЛПУ развиваться, укреплять свои позиции на рынке медицинских услуг, прогнозировать свое экономическое движение на перспективу.

Чтобы разработать эффективный план, необходимо проанализировать внешнюю среду и фактическое состояние медицинского учреждения.

Внешняя среда: перспективы развития здравоохранения и рынка медицинских услуг, состояние конкуренции, потребители медицинских услуг, тенденции развития внешнего окружения, не подконтрольные медицинской организации, но оказывающие влияние на ее деятельность.

Внутренняя среда: маркетинг, финансы, производственная деятельности человеческие ресурсы, административная деятельность.

Анализ внешней среды позволяет оценить как опасности извне, которые могут затруднить деятельность ЛПУ, так и возможности, способные помои достижению намеченных целей. Анализ внутренней среды направлен на выявление сильных и слабых сторон медицинского учреждения, определение участков для совершенствования.

Если медицинская организация решает вводить платные медицинские услуги или расширяет их перечень, составлению бизнес-плана должна предшествовать следующая работа по сбору информации:

- изучаются источники и объемы финансирования;
- определяются суммы недофинансирования по всем источникам;
- изучается материально-техническая база учреждения;
- проводится характеристика и оценка кадров по квалификации, возрасту. Стажу;
- анализируется оказываемая помощь по видам, качеству, своевременности и доступности;
- определяются виды услуг, предлагаемых населению за плату;
- изучается спрос населения;
- определяется план по объему деятельности;
- определяется ожидаемый доход.

Раздел первый. Краткий обзор или резюме проекта.

Этот раздел является сводным и представляет собой краткое изложение плана с подчеркиванием реальных достоинств организации здравоохранения для потенциальных инвесторов. Резюме уточняется по мере разработки плана и оформляется после составления бизнес-плана в целом.

В этом разделе представлены: цель проекта; краткое описание медицинских услуг, которые предполагается оказывать в рамках проекта; способы достижения поставленных целей, сроки осуществления проекта; затраты, связанные с его реализацией, ожидаемая эффективность; перспективы для инвестора.

Показатели в резюме должны быть обобщенными: объем оказываемых медицинских услуг, выручка, собственные и заемные средства, прибыль, рентабельность.

Раздел второй. Характеристика медицинских услуг.

В этом разделе следует подробно описать виды медицинских услуг, которые будут предлагаться потребителю. Необходимо показать, в чем привлекательность этих услуг и их уникальность для потенциальных потребителей. Если медицинская организация имеет патенты, авторские права и другие объекты интеллектуальной собственности, целесообразно сделать ссылку на эти сведения. В приложении к бизнес-плану можно привести отзывы экспертов или потребителей, которые уже знакомы с медицинскими услугами данной организации.

Раздел третий. Анализ положения дел в отрасли.

Цель раздела — показать тенденции развития здравоохранения и место данной медицинской организации в отрасли. Для определения своей рыночной стратегии ЛПУ должна проанализировать, к какому типу рыночных структур она более приближена: чистой конкуренции, монополистической конкуренции, монополии или олигополии.

В этом разделе приводятся подробные сведения о круге потребителей медицинских услуг. Следует определить, каковы возрастной, социальный состав потребителей и их реакция на возможные изменения цен на медицинские услуги. Если бизнес-план составляется для уже функционирующей медицинской организации, целесообразно собрать следующую информацию: контингент пациентов в настоящий момент и в

перспективе; потребности пациентов; мотивы обращения пациентов в данную медицинскую организацию.

Раздел четвертый. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

В этом разделе необходимо дать реалистичную оценку состояния конкуренции, своих сильных и слабых сторон по сравнению с другими медицинскими организациями. К факторам устойчивой конкурентоспособности относятся такие, как более низкие издержки, специализация ЛПУ, лидерство в качестве оказываемых услуг, географическая (Региональная) доступность.

Выбор наиболее подходящей для медицинской организации стратегии конкуренции зависит от того, какими возможностями она располагает. Так, если у организации устаревшее оборудование, не слишком высокая заработная плата и другие затраты на производство медицинских услуг, можно принять на вооружение стратегию низких издержек. Если у организации современное оборудование, достаточно дорогостоящие сырье и материалы, работники обладают высокой квалификацией, имеется уникальная технология лечебного процесов, можно попытаться достичь конкурентоспособности за счет оказания уникальных медицинских услуг или столь высокого качества, что это оправдает в глазах потребителей немалую их себестоимость.

Раздел пятый. План производства медицинских услуг.

В этом разделе следует указать потребность медицинской организации в помещении, оборудовании и трудовых ресурсах, необходимых для оказания услуг. | В пункте о трудовых ресурсах — перечислить квалификационные требования к специалистам организации (профиль, образование, опыт, оплата труда).

Потребность медицинской организации в материальной базе характеризуется следующими показателями:

- здания, в том числе лечебно-профилактические;
- машины и оборудование, в том числе измерительные приборы, регулирующие устройства, лабораторное оборудование, вычислительная техника, медицинское оборудование;
- транспортные средства;
- инструменты, производственный и хозяйственный инвентарь;
- прочие основные средства.

Раздел шестой. План маркетинга.

Основные пункты этого раздела: ценообразование, система продвижения медицинских услуг на рынок, стратегия рыночного роста.

Процесс формирования медицинской организацией рыночных цен на свои услуги включает следующие этапы: постановку задач ценообразования; определение спроса; оценку издержек; проведение анализа цен и услуг конкурентов; выбор метода установления цен; определение окончательной цены и правил ее будущих изменений; учет мер государственного регулирования цен.

Организация выбирает систему ценообразования, указывая, какой подход использует. Предлагается система скидок. Проводится сравнение с существу-

ющим уровнем цен. Разрабатывается система продвижения медицинских услуг на рынок с указанием примерного объема затрат. Указываются способы организации рекламы.

Раздел седьмой. Управление и права собственности.

Содержание этого раздела во многом зависит от организационно-правовой формы медицинского учреждения. Для коммерческих организаций указываются условия создания и партнерства. Целесообразно указать формы отношений с местной администрацией, вышестоящими органами здравоохранения, следует привести аргументы, показывающие заинтересованность этих инстанций в проекте.

Раздел восьмой. Финансовый план.

Данный раздел содержит финансовые показатели, подкрепляющие информацию, содержащуюся в других разделах. Этот раздел является основным с точки зрения эффективности проекта и сроков возврата заемных средств. Основные показатели раздела: потребность в финансовых средствах, финансовые данные на перспективу, финансовые данные за прошлые периоды.

В этом же разделе показывается полная структура затрат хозяйствующего субъекта с выделением условно-постоянных и условно-переменных издержек. Анализ затрат позволяет определить такой важный показатель эффективности работы медицинской организации, как норма безубыточности, или порог рентабельности.

Наряду с показателем безубыточности, в разделе должны быть представлены прогноз объемов реализации медицинских услуг; баланс денежных поступлений и расходов; график прибыльности.

Раздел девятый. Оценка и страхование риска.

Необходимо оценить степень риска предлагаемого проекта. Риски могут быть нескольких видов — финансово-экономические, технические, социальные и др.

К группе *финансово-экономических рисков* относятся: неустойчивость спроса, появление альтернативных услуг, снижение цен конкурентами, увеличение производства медицинских услуг у конкурентов, рост налогов, платежеспособность потребителей, рост цен на сырье и материалы, недостаток оборотных средств.

К *социальным рискам* относятся: трудности с набором квалифицированной рабочей силы, отношение местных властей, недостаточный уровень зарплаты, квалификация кадров.

Наиболее существенными в группе *технических рисков* считаются изношенность оборудования, нестабильность качества сырья.

Цель последнего раздела бизнес-плана — показать инвесторам, что риски оценены всесторонне и объективно и медицинская организация определила пути их преодоления. Бизнес-план в современных условиях по сути дела 146вляяется практически обязательным компонентом плановой деятельности ЛПУ, в нем описываются все основные аспекты лечебно-производственного процесса.

Структура бизнес-плана должна в обязательном порядке включать описание ЛПУ и его потенциала, оценку внутренней и внешней среды, конкретные данные о перспективах развития учреждения.

Оформление титульного листа должно предусматривать название бизнес-плана с точным наименованием ЛПУ, информацию об авторах проекта и дате его составления.

Оглавление бизнес-плана, размещенное на второй странице должно отражать его структуру:

1. Резюме проекта
2. Характеристика медицинских услуг
3. Анализ дел в отрасли
4. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии
5. План производства медицинских услуг
6. План маркетинга
7. Управления и права собственности
8. Финансовый план
9. Оценка и страхование риска

Стратегическое планирование, которое может включать долгосрочное, среднесрочное, годовое, оперативное и функциональное планирование, характеризуется как система, охватывающая многообразие видов деятельности учреждений здравоохранения. Важной отличительной чертой стратегического планирования является гибкость, обусловленная широким диапазоном выбора плановых перспектив.

Практика стратегического планирования исходит не «от достигнутого», поскольку при этом могут сохраняться имеющиеся диспропорции и «узкие» места организации, а от «будущего, то есть с ориентацией на то состояние, которое необходимо достигнуть за плановый период.

Принципы стратегического планирования:

- ситуационный анализ, включающий оценку состояния системы, характеристику внешней среды, изучение потребительского спроса;
- прогноз развития системы здравоохранения в зависимости от благоприятного и неблагоприятного стечения обстоятельств;
- определение направлений и целей развития;
- разработка конкретных мероприятий по срокам и исполнителям;
- ресурсное обеспечение достижения целей;
- контроль, оценка выполнения и оценка эффективности.

Одним из методов перспективного планирования при государственной системе здравоохранения является стратегическое планирование на основе программно-целевого метода.

Программно-целевой метод стратегического планирования имеет следующие преимущества в обеспечении:

- целевого распределения бюджетных средств;
- привлечения дополнительных источников для финансирования конкретных целей;

- комплексного решения проблем за счет создания условий для вертикального и горизонтального взаимодействия;

- мониторинга за процессом достижения целей, их своевременной корректировки и оценки эффективности;

- в использовании на всех уровнях управления.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения, как правило, на региональном и муниципальном уровнях на достаточно длительную перспективу (сроком до 3-5 лет).

Текущее планирование проводится в большинстве случаев на период до 1 года и используется при разработке планов и программ региональной и муниципальной систем здравоохранения или отдельных медицинских учреждений.

При планировании здравоохранения используются следующие **методы**:

- аналитический метод, позволяющий оценить исходный и достигнутый уровни при составлении плана и анализе его выполнения;

- балансовый метод, обеспечивающий пропорции в разрабатываемых планах и позволяющий своевременно вскрыть намечающиеся диспропорции во время их реализации;- в здравоохранении широко используется

нормативный метод, применяемый для обеспечения пропорциональности развития отрасли;

- экономико-математический метод позволяет обосновать оптимальные варианты плана;

- метод линейного программирования дает возможность оптимального размещения объектов здравоохранения с учетом местных особенностей;

- бюджетный метод широко используется для изучения трудовых затрат медицинского персонала и бюджета времени населения для получения медицинской помощи;

- вышеперечисленные методы практически в полном объеме используются в экспериментальном методе, любое нововведение обязательно испытывается и оценивается в эксперименте.

При планировании здравоохранения, особенно на муниципальном и региональном уровнях, до настоящего времени не потерял своей актуальности так называемый нормативный метод планирования, основанный на использовании соответствующих норм и нормативов.

Под нормами понимаются научно обоснованные количественные показатели лечебно-профилактической помощи, а также регламентируемые показатели деятельности медицинских учреждений, нагрузки медперсонала.

К ним относятся:

- нормы обеспечения населения лечебно-профилактической помощью (количество больничных коек на 1000 населения, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя);

- нормы нагрузки медицинского персонала, прежде всего врачей (в амбулаторно-поликлинических учреждениях — число больных на 1 час

амбулаторного приема, функция врачебной должности; в стационарах — число больных на 1 врачебную должность);

- определение потребности в койках исходя из уровня госпитализации;
- норматив обеспеченности средствами малой механизации для всех учреждений здравоохранения и социальной защиты;
- норматив оснащенности оборудованием, инструментами, медицинскими изделиями, предметами ухода за больными по видам учреждений;
- норматив обеспеченности санитарным транспортом по видам учреждений;
- нормы потребности в медикаментах и перевязочных средствах etc.;
- нормативы — расчетные показатели:
- нормативы организации лечебно-профилактического обслуживания по участкам (численность населения на участке взрослых, детей);
- нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре;
- штатные нормативы медицинского персонала в различных медицинских учреждениях etc.

Основными элементами планирования лечебно-профилактической помощи являются планирование:

а) амбулаторно-поликлинической помощи,

б) стационарной медицинской помощи,

в) скорой медицинской помощи,

г) деятельности лечебно-диагностических служб.

Основные виды планов маркетинга в здравоохранении:

По методам:

1. нормативные
2. балансовые

По времени:

1. стратегические
2. текущие
3. перспективные

По направленности:

1. директивные
2. индикативные
3. договорное
4. планирование здоровья.

По уровню:

1. государственные
2. региональные
3. отдельных организации

Контрольные вопросы:

1. Понятие бизнес-плана и их основной цели разработки в системе здравоохранении.

2. Последовательность составления бизнес-плана и их особенности в ЛПУ.

3. Анализировать внешнюю и внутреннюю среду и фактическое состояние медицинского учреждения.

4. Основные принципы стратегического планирования и их методы в медицинских организациях.

5. Основные элементы планирования в лечебно-профилактических учреждениях.

6. Основные виды планов маркетинга в здравоохранении.

7.3 Стратегическое планирование на уровне субъектов здравоохранения

Стратегической задачей органов управления здравоохранения субъектов является разработка планов и программ формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе параметров, устанавливаемых на Государственном уровне, с учетом региональных особенностей.

В процессе планирования должны быть решены следующие задачи:

– произведен анализ и разработан прогноз состояния здоровья населения территории на плановый период;

– произведен анализ состояния системы здравоохранения территории, соответствия ее требованиям Государственного уровня;

– установлены цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения на плановый период;

– утверждены региональные нормы и нормативы, применяемые при планировании системы здравоохранения территории;

– определены стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения территории;

– определены ресурсы, необходимые для развития системы здравоохранения территории, и источники их получения;

– принят комплекс планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию стратегических целей и задач развития системы здравоохранения субъектов Республики Казахстан;

– установлены параметры для планирования здравоохранения муниципальных образований.

Перспективное планирование.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РК и муниципальных образований, как правило, на 3—5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Республики Казахстан, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития территории.

Текущее планирование

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РК, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РК и муниципального образования.

Директивное планирование

Директивное планирование осуществляется посредством установления адресных заданий и распределения необходимых для их выполнения ресурсов. Основными рычагами директивного планирования являются бюджетное финансирование, лимиты капитальных вложений, фонды материально-технических ресурсов, государственные заказы.

Директивность планирования проявляется в наделении планов силой обязательного для всех исполнителей документа. Из директивности планирования вытекает требование строгого соблюдения плановой дисциплины, ответственности со стороны руководителей органов управления здравоохранением, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В разработке директивного плана его исполнители играют не главную роль. Основные разработчики плана берут на себя обязательства по материально-техническому обеспечению выполнения плановых показателей. Это положение оказывается уязвимым местом в директивном планировании, поскольку доведение планов часто не подкрепляется выделением под них необходимых ресурсов, что делает в таком случае план мало выполнимым.

При этой форме планирования производитель медицинских товаров и услуг не может самостоятельно решать, что, как и когда производить, кому и по какой цене продавать. Это было характерно для здравоохранения советской, плановой экономики и не во всем себя оправдало.

В условиях многообразия форм собственности элементы директивного планирования сохраняются в рамках государственного сектора и бюджетного финансирования.

Переход от директивного планирования к другим его формам предполагает, прежде всего, устранение противоречивости интересов между разработчиками и исполнителями планов. Планы перестают доводиться в виде заданий и разрабатываются самими же исполнителями.

Индикативное планирование Индикативное планирование является одной из форм вовлечения организаций здравоохранения (независимо от форм собственности) в разработку на паритетных началах с государственным органом управления здравоохранением планов и программ развития. Оно базируется на использовании системы специальных показателей (индикаторов) и экономических механизмов воздействия на организации здравоохранения, формируя и стимулируя, тем самым, интерес к разработке и реализации планов. Как правило, индикативные планы разрабатываются на основе приоритетов, одни из которых определяются государственными органами управления здравоохранением (охрана материнства и детства, профилактика и борьба с

ВИЧ-инфекцией, ранняя диагностика и лечение онкологических заболеваний и др.), другие выявляются в процессе планирования.

При индикативном планировании процесс согласования плана между органом управления и организациями здравоохранения идет сверху вниз и снизу вверх. Примером индикативного плана может служить разработка Государственных целевых программ с участием в них субъектов РК или региональных программ с участием в них муниципальных образований.

С переходом к рыночной экономике в здравоохранении появились признаки индикативного планирования как способа сознательного, целенаправленного управления медико-экономическими процессами как в государственном, муниципальном, так и в частном секторах здравоохранения.

В качестве медико-экономических индикаторов, характеризующих развитие системы здравоохранения отдельных субъектов Республики Казахстан и страны в целом, могут использоваться следующие показатели:

– медико-демографические;

– структура и уровень заболеваемости;

структура и уровень временной и стойкой утраты трудоспособности;

– обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками;

– подушевое финансирование;

– доля расходов на здравоохранение в ВВП и др.

Индикативное планирование, которое является действенным способом воздействия на функционирование рыночных механизмов, должно стать, по нашему мнению, ведущим методом планирования здравоохранения в условиях рыночной экономики. Индикативные планы способны не только взаимосвязано сочетать в себе основные медико-демографические и медико-экономические показатели развития здравоохранения, но и должны органично вписываться в концепцию социально-экономического развития территории, государства в целом.

Договорное планирование

Договорное планирование регулирует коммерческие отношения между организациями здравоохранения, другими предприятиями и объединениями, банками, органами управления и иными субъектами рынка, которые строятся на добровольной и взаимовыгодной основе. Договорные отношения формируют экономические связи, взаимные обязательства, условия их выполнения и создают хозяйственный механизм устойчивого функционирования организаций здравоохранения в условиях рынка.

Договорные планы реализуются в виде соглашений, договоров, контрактов на поставку лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания, материально-технических ресурсов и др.

Предпринимательское планирование

Предпринимательское планирование является функцией управления организацией здравоохранения (любой формы собственности), направленной на обоснование и выбор путей эффективного развития в рамках

предпринимательской деятельности (оказание платных медицинских услуг, участие в программах добровольного медицинского страхования, предоставление помещений в аренду и другая деятельность, не запрещенная законодательством). Основу его составляют внутриучрежденческие планы различной срочности, призванные решать оперативные, текущие и стратегические задачи.

Чтобы добиться наиболее рационального использования ограниченных ресурсов, необходимо возможно точнее определять их отдачу, сопоставлять ее с тратами, сравнивать различные варианты программ развития с точки зрения вдержек и выгод.

Таким образом, планирование здравоохранения — это обоснование и разработка потребности населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании в соответствии с возможностями их удовлетворения.

Основные принципы планирования системы здравоохранения РК:

- обеспечение социальных гарантий населения в получении необходимой медицинской помощи, и в первую очередь реализации Программы госгарантий;
- соответствие ресурсов здравоохранения потребностям населения в медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. Стратегические задачи органов управления здравоохранения.
2. Перспективное планирование.
3. Текущее планирование.
4. Директивное планирование.
5. Индикативное планирование.
6. Договорное планирование.
7. Предпринимательское планирование.

7.4 Основные экономические показатели планирования здравоохранения

Прежде всего, р*азвитие здравоохранения должно проходить при соблюдении следующих условий*:

- единство целей развития системы на разных уровнях организации и управление как на текущий период, так и на перспективу;
- эффективное использование материальных, финансовых, трудовых и иных ресурсов медицинских учреждений;
- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
- повышение качества и эффективности медицинского обслуживания.

Для командной экономики было характерно директивное планирование здравоохранения, когда в комплексные планы включались разделы:

план по труду (численность и фонд заработной платы),

план материально-технического обслуживания;

план капиталовложений (строительство и оборудование медицинских учреждений);

план по трудовым ресурсам (потребности, подготовка, повышение квалификации).

В условиях децентрализации то есть рыночной экономике системы управления и демонополизации государственной системы здравоохранения изменились содержание и методы планирования с директивного *на рекомендательный характер*. Однако сохранился нормативный метод планирования с использованием соответствующих норм и нормативов:

1) нормы нагрузки медицинского персонала — число больных на 1ч амбулаторного приема; нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре;

2) штатные нормативы и т.д..

В рыночных отношениях возрастает роль оптимального планирования, когда для наиболее полного удовлетворения потребности населения в услугах здравоохранения, с учетом состояния материально-технической и ресурсной базы, выбирается вариант дальнейшего развития системы.

С этой целью:

1) анализируются комплексные показатели:

- материально-техническая база ЛПУ в регионе;
- нормативы обеспечения населения (детского и взрослого) медицинской помощью;
- здоровье населения и его динамика;
- финансовые, материальные и трудовые ресурсы здравоохранения региона;
- диспансеризация и профилактическая работа и т.д.

2) изучаются вопросы:

- дальнейшего развития медицинской помощи по основным ее видам с учетом демографических особенностей в регионе;
- развития медицинского страхования (ОМС и ДМС);
- внедрения ресурсосберегающих технологий;
- совершенствования системы управления здравоохранением;
- повышения качества медицинского обеспечения населения.

При переходе к экономическому методу управления отраслью здравоохранение, предполагает изменение подходов и к планированию на уровне ЛПУ. При сохранении бюджетного планирования (планомерного процесса составления, рассмотрения, утверждения и исполнения бюджета) вместо привычных объемных показателей отражающих количество посещений, койко-дни и т.д., решающее значение приобретают финансовые нормативы.

Преимущество экономических методов планирования в том, что они создают материальные стимулы, влияют на размер заработной платы медицинских работников. При этом необходимы комплексные показатели качества и результативности, наиболее полно характеризующие цели, стоящие перед медицинским учреждением и его подразделениями.

Планирование работы ЛПУ заключается в определении:

1) основных целей и функций ЛПУ и показателей, выполнение которых способствует достижению этих целей;

2) видов и объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и половозрастной структуры обслуживаемого населения;

3) потребности в финансовых и материальных ресурсах и расчетах финансовых нормативов;

4) максимальных объемных показателей деятельности с учетом планируемых объемов финансирования из всех источников.

Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощивыражается в количестве посещений на 1000 населения:

$$\mathbf{П = A x K_п + Д + П_i},$$

где П — число посещений врачей всего (на 1000 населения); А — уровень заболеваемости (на 1000 населения); $К_п$— коэффициент повторных посещений (на 1000 населения); Д — число диспансерных посещений (на 1000 населения); $П_i$— число профилактических посещений (на 1000 населения).

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 населения.

Потребности населения в стационарной помощи- необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения (К), определяются следующим образом:

1. $$\mathbf{K = \frac{A x R x P}{D x 100}}$$

где А — уровень заболеваемости (на 1000 населения);
R— процент отбора больных на госпитализацию;
Р — средняя длительность пребывания больного на койке;
D— среднегодовая занятость койки (число койко-дней).

2. $$K = \frac{Q x Pp}{D x P_ь}$$

где Q— общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре в отчетном году; $P_р$— численность населения в расчетном году;

D— показатель среднего числа дней использования койки в расчетном году;

$P_ь$— численность населения в отчетном году.

3. **K=YxP,**

где Y— уровень госпитализации (на 1000 населения);
Р — средняя длительность пребывания больного на койке.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 населения.

Важнейшим этапом планирования является анализ системы оказания медицинской помощи населению по следующим параметрам:

- степень доступности для населения медицинской помощи в рамках территориальной
- Программы госгарантий;
- качество оказания медицинской помощи;
- эффективность использования существующих мощностей ЛПУ.

Учет и расходование средств в бюджетном учреждении осуществляется в соответствии с утвержденной в установленном порядке сметой доходов и расходов. Она является основным плановым и финансовым документом ЛПУ, составляется на год на основе оперативно-сетевых и производственных показателей в соответствии с экономической классификацией расходов бюджета РК: 100 000 — текущие расходы; 200 000 — капитальные расходы; 300 000 — «предоставление кредитов (бюджетных ссуд) за вычетом погашения.

Планирование расходов по смете производится исходя из объемов деятельности ЛПУ за прошедший период на основе трудовых, материальных и финансовых норм расходов. Затем проводятся обоснование и расчет сумм расходов по каждому коду экономической классификации.

Основным документом для определения должностных окладов медицинских работников являются тарификационные списки, которые вместе со штатным расписанием составляются одновременно со сметой по каждой должности всех структурных подразделений и учреждения в целом.

Коммерциализация здравоохранения, выражающаяся в увеличении объема ратных медицинских услуг, внедрении различных организационно-правовых форм предпринимательства и развитии частной врачебной практики, предопределяет изменение экономического статуса медицинской организации. Теперь и пациент, и ЛПУ являются участниками рынка медицинских услуг.

В этих условиях возрастает значение такого направления деятельности самостоятельно хозяйствующей услуго-производящей организации, как бизнес-планирование.

П = АхКп + Д + П;,

где П - число посещений врачей всего (на 1000 населения);

А - уровень заболеваемости (на 1000 населения);

Кп - коэффициент повторных посещений (на 1000 населения);

Д - число диспансерных посещений (на 1000 населения);

П; - число профилактических посещений (на 1000 населения).

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 населения. Потребности населения в стационарной помощи необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения (К), определяются следующим образом:

1. K = A x R x P / D x 100

где A - уровень заболеваемости (на 1000 населения);
R - процент отбора больных на госпитализацию;
P - средняя длительность пребывания больного на койке;
D - среднегодовая занятость койки (число койко-дней).

2. K = Q x Pp / D x Pp

где Q -- общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре в отчетном году;

P - численность населения в расчетном году;

D - показатель среднего числа дней использования койки в расчетном году;

Pь - численность населения в отчетном году.

3. K = YxP,

где Y - уровень госпитализации (на 1000 населения);
P - средняя длительность пребывания больного на койке.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 населения.

Важнейшим этапом планирования является *анализ системы оказания медицинской помощи* населению по следующим параметрам:

– степень доступности для населения медицинской помощи в рамках территориальной Программы госгарантий;
– качество оказания медицинской помощи;
– эффективность использования существующих мощностей ЛПУ.

Учет и расходование средств в бюджетном учреждении осуществляется в соответствии с утвержденной в установленном порядке сметой доходов и расходов. Она является основным плановым и финансовым документом ЛПУ, составляется на год на основе оперативно-сетевых и производственных показателей в соответствии с экономической классификацией расходов бюджета РК: 100 000 - текущие расходы; 200 000 - капитальные расходы; 300 000 - предоставление кредитов (бюджетных ссуд) за вычетом погашения.

Планирование расходов по смете производится исходя из объемов деятельности ЛПУ за прошедший период на основе трудовых, материальных и финансовых норм расходов. Затем проводятся обоснование и расчет сумм расходов по каждому коду экономической классификации.

Основным документом для определения должностных окладов медицинских работников являются тарификационные списки, которые вместе со штатным расписанием составляются одновременно со сметой по каждой должности всех структурных подразделений и учреждения в целом.

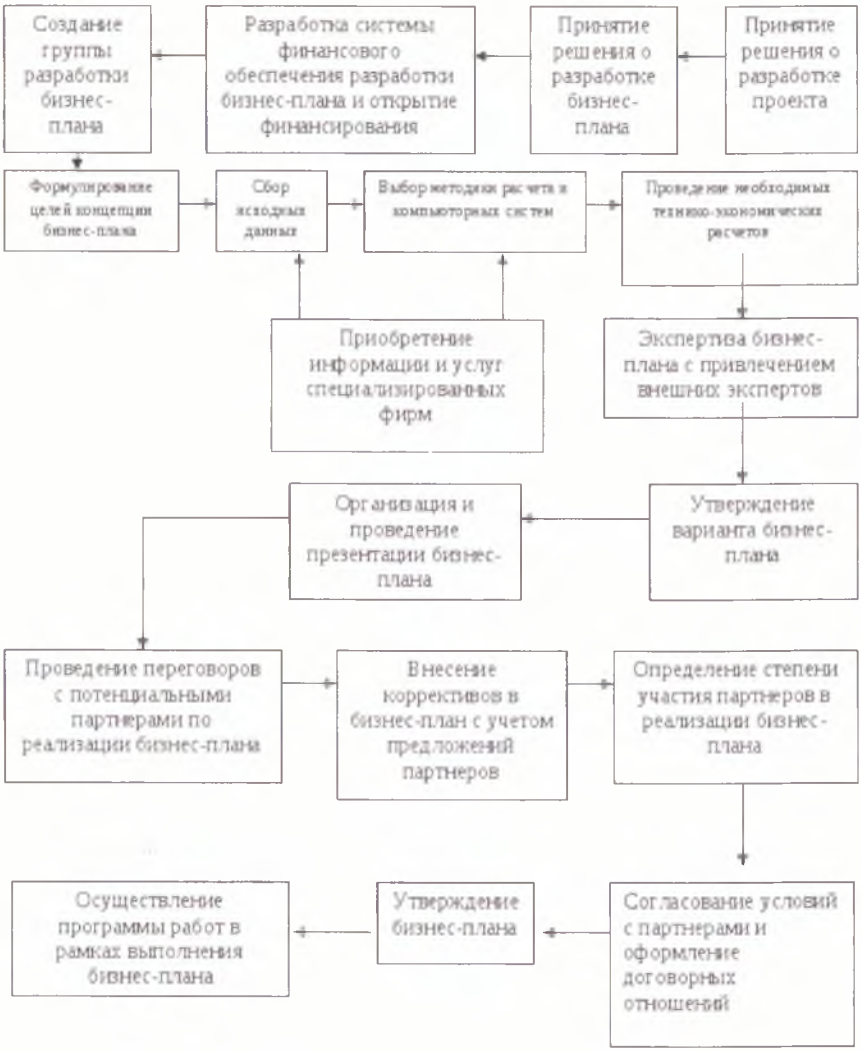


Рисунок 2. Примерная схема разработки бизнес-плана организации здравоохранения

Контрольные вопросы:

1. Разработать схему бизнес-плана организации здравоохранения.
2. Планирования анализа системы оказания медицинской помощи населению.
3. Определите потребности населения в стационарной помощи.
4. Коммерциализация здравоохранения, выражающаяся в увеличении объема ратных медицинских услуг.
5. Важнейшие этапы планирования по оказанию медицинской помощи населению и их параметры.
6. Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи.
7. Планирование работы ЛПУ в условиях рынка.
8. Основные экономические показатели планирование здравоохранения.

7.5 Методы планирования, нормы и нормативы в здравоохранении

Методы планирования:

1) аналитический метод — используется для оценки исходного и достигнутого уровней при сопоставлении плана и анализе его выполнения; планируется:

— обеспеченность населения врачебным и средним медицинским персоналом, больничными койками

— показатели объема медицинской помощи (процент госпитализаций, среднее число посещений на одного жителя в год)

— функция врачебной должности

— функция больничной койки (оборот койки) и др.

2) сравнительный метод – составная часть аналитического, дает возможность определить направление процессов развития, оценить различные показатели (заболеваемость, смертность и др.) в динамике в пространстве (при сопоставлении их с аналогичными показателями других административных территорий) и во времени (при сопоставлении их за ряд лет)

3) балансовый метод – обеспечивает пропорциональность развития ЗО между реальными возможностями и плановыми показателями, позволяет вскрыть намечающиеся диспропорции во время выполнения плана; используется при составлении межотраслевых балансов (балансов подготовки кадров и роста сети больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений и др.)

4) экспертный метод – высокопрофессионален, независим, но не всегда учитывает традиции страны

5) экономико-математический метод – применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана, наиболее часто используют линейное программирование, теорию массового обслуживания и метод статистических испытаний.

6) нормативный метод – основа при планировании государственной системы ЗО, его основа – использование норм и нормативов, утвержденных МЗ; применяется при составлении любого плана, основанного на использовании балансового метода, т. е.во всех случаях, когда необходимо обеспечить пропорциональность развития. Данный метод также широко применяется при разработке и исполнении бюджета и сметы учреждений ЗО.

Норма – количественный показатель состояния окружающей среды, лечебно-профилактической помощи, деятельности медицинских организаций в конкретных организационно-технических условиях.

Норматив – расчетный показатель, который характеризует совокупность средств, необходимых для достижения установленной нормы при определенных типовых организационно-технических условиях.

Количество коек на 1 врачебную должность – это норматив, а количество физиотерапевтических единиц в год на 1 должность медсестры – это норматив.

Нормы и нормативы могут быть:

А) социальными – направлены на удовлетворение потребности населения в медицинской помощи (обеспеченность врачами общей практики и участковыми терапевтами – 1 врач на 1300 жителей, койками – 9 промилле, аптеками – 1 на 8 тыс. жителей, бригадами скорой помощи – 1 на 2,5 тыс. жителей) и **Экономическими**– направлен на обеспечение финансовой и хозяйственной деятельности ЛПО (бюджетные расходы на ЗО — 170 у. е. на 1 жителя)

Б) минимальными – отражают уровень необходимых на данном этапе социально-экономического развития условий жизнедеятельности людей и потребности ЗО в ресурсах, ниже которых происходит нарушение нормального процесса функционирования системы охраны здоровья (нормативы потребности в медицинской помощи, удельных капитальных вложений в развитие отрасли) и **Рациональными** – ориентированы на полное удовлетворение потребностей населения и отрасли (нормативы по врачебным кадрам и среднему медицинскому персоналу).

В) комплексные – характеризуют социально-экономические аспекты управления и обеспечения населения медицинской помощью и

Частные – характеризуют отдельные стороны протекающих процессов

В ЗО действуют нормы и нормативы:

— по сфере применения: местные и отраслевые

— по сроку действия: временные и условно постоянные

— по способу построения: единые и типовые

— по методу обоснования: научно-обоснованные, статистические, опытные, усредненные

— по единице измерения: нормы времени, нормы нагрузки, обслуживания, численности персонала, материальных затрат и т. п.

Нормы и нормативы в ЗО можно объединить в 4 группы:

1. оказания медицинских услуг (нормативы труда, нормативы развития сети организаций, нормативы стоимости медицинских услуг)

2. потребления (нормативы заработной платы, нормативы финансирования ЗО)

3. развития отрасли (потребность отрасли в специалистах и др.)

4. санитарно-гигиенические (строительные нормы и правила, предельные нормы содержания веществ в почве и воздухе)

Основные принципы разработки норм и нормативов:

— использовать оценку населением степени удовлетворения потребностей в услугах системы ЗО

— принимать во внимание общественное мнение по ключевым вопросам развития ЗО

— учитывать при разработке норм и нормативов рекомендации ВОЗ и уровень удовлетворения потребностей в медицинской помощи в развитых странах

— разрабатывать нормы и нормативы не только для страны в целом, но и по регионам с учетом уровня оказания медицинской помощи, потребления медицинских услуг по поло-возрастным и профессиональным группам населения в Региональном разрезе, а также структуры заболеваемости

Функции норм и нормативов:

— анализ достигнутого уровня развития отрасли и результатов деятельности ЛПО

— планирование и прогнозирование деятельности ЛПО

— контроль за использованием материальных, финансовых и трудовых ресурсов

— необходимый элемент хозяйственного механизма отрасли для организации работы по оказанию медицинских услуг

7) метод экстраполяции — применяется для выявления тенденции изменения показателей заболеваемости по отдельным нозологическим формам, рождаемости, смертности и др. в последующие годы и др.

Региональные программы государственных гарантий (РПГГ) по оказанию медицинской помощи населению определяют виды и объем медицинской помощи, а также условия их предоставления за счет средств бюджета, содержат нормативы по конкретным объемам медицинской помощи и плановые показатели их финансового обеспечения, утверждаются ежегодно исполнительными органами власти.

Основа РПГТ – гарантированный государством объем медицинской и лекарственной помощи, предусматривающий оказание количественно-регламентированной медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, определенный ежегодно МЗ РК в виде государственных минимальных социальных стандартов в области ЗО.

Законодательные акты при составлении РПГТ:

1. Конституция РК

2. Закон о государственных минимальных социальных стандартах

3. Постановление МЗ РК об утверждении среднереспубликанских нормативов объема медицинской помощи, которые предоставляются государственными организациями гражданам РК за счет средств бюджета (число посещений поликлиники 10600 на 1 тыс., уровень госпитализации 220 на 1 тыс., средняя длительность лечения 11,7 дней, число вызовов скорой 260 на 1 тыс. и др.)

5. Инструкция по разработке и реализации РПГТ

Также необходимо знание нормативов обеспечения медицинской помощью (норматив бюджетного финансирования на 1 человека, обеспеченность врачами первичного звена – 1 на 1300, обеспеченность койками – 9 на 1000 населения, аптеками – 1 на 8000 жителей, бригадами СМП – 1 на 12,5 тыс. жителей), показатели здоровья (заболеваемость, смертность, инвалидность), данные о финансах.

Структура РПГТ:

1. Общие положения

2. Перечень видов медицинской помощи, представляемой населению за счет бюджета конкретного района

3. Условия предоставления медицинской помощи населению

4. Объемы медицинской помощи

5. Обязанности и ответственность местных органов власти и органов ЗО

На сегодняшний день проблемы финансирования здравоохранения являются одной из самых острых и трудноразрешимых задач государства.

Важнейшим элементом социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения. Затраты общества на развитие здравоохранения имеют не только социальное, но и экономическое значение. Эффективность здравоохранения как отрасли сферы обслуживания заключается в том, что, оберегая и восстанавливая здоровье человека – главной составной части производительных сил общества, оно тем самым способствует снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода трудящихся. Все это в свою очередь содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа.

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины. Переход на страховую медицину в является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной финансовой обеспеченностью и технической оснащенностью.

Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо, в первую очередь, осуществить преобразование экономических отношений, а также перевести здравоохранение на путь страховой медицины.

Результативность функционирования и финансирования системы здравоохранения наиболее достоверно может быть оценена на региональном уровне и, прежде всего, в отношении лечебно-профилактических учреждений, являющихся объектом финансирования.

Таким образом, основная цель маркетинга здравоохранении должен быть изучение теоретических основ и практических аспектов финансирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальное финансирование здравоохранения:

– рассмотреть теоретические основы финансирования системы здравоохранения;

– определить модели финансирования здравоохранения;

– проанализировать финансирование системы здравоохранения на примере ЛПУ;

– выявить проблемы финансирования учреждений здравоохранения на территории Республики Казахстан и пути их решения.

Контрольные вопросы:

1. Важнейшие элементы социального и экономического развития общества и их медицинское обслуживание населения.
2. Региональные программы государственных гарантий (РПГГ).
3. Нормы и нормативы в ЗО и их группы.
4. Нормы и нормативы в системе здравоохранении.
5. Методы планирования в медицинских учреждениях.

7.6 Совершенствования планирования и финансирования в учреждениях здравоохранения

С конца 80-ых годов предпринимаются попытки реформирования национальной системы здравоохранения. Изменения в системе финансирования происходили в условиях сокращения государственных расходов на здравоохранение, вызванного длительным экономическим кризисом и децентрализацией государственного управления. С 1991 года начался процесс введения новой системы финансирования здравоохранения – обязательного медицинского страхования, которое сильно изменило организацию медицинского обслуживания.

Появление новых источников и каналов финансирования позволило за последние годы несколько улучшить положение системы здравоохранения.

Однако, задачи реформирования отрасли, определенные Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки на период до 2005 года, решаются недостаточно динамично. Ограниченное финансирование и недостаточно эффективное управление медицинскими учреждениями снижают

темпы перехода на интенсивные методы обследования и лечения, замедляют организационные реформы системы здравоохранения.

Планирование деятельности учреждений здравоохранения осуществляется по смете расходов, основные плановые показатели которой заимствованы из командно-административной системы управления здравоохранением и воспроизводят затратный тип хозяйствования без связи с результатами работы учреждения.

В целях **совершенствования планирования** учреждений здравоохранения предлагается:

1. Пересмотреть и пересчитать устаревшие нормы и нормативы, используемые при составлении сметы расходов, приблизить их показатели к современным рыночным условиям.

2. Ввести защищенные статьи расходов (заработная плата, медицинские расходы, продукты питания, мягкий инвентарь, коммунальные услуги) по которым финансирование будет осуществляться по запланированным предприятием объемам.

3. В большинстве случаев предоставить учреждениям здравоохранения право самостоятельного и оперативного выбора и определения направлений расходов.

4. Перевести учреждения здравоохранения на новую модель планирования и учета, цель которой формирование государственного заказа на оказание определенного объема медицинской помощи, основа которой средняя стоимость лечения одного больного.

Сейчас основная часть бюджетных средств поступает в учреждение безотносительно к фактическим объемам оказываемой медицинской помощи, и покрывает лишь часть затрат. В новой системе каждое учреждение должно получать бюджетные средства за определенные объемы медицинской помощи, которые государство в состоянии оплатить. Эти объемы могут составлять 70%,50% или даже 30% мощности учреждения, но они будут оплачиваться по полному тарифу, возмещающего все необходимые издержки. Остальная часть мощности учреждения может быть использована для оказания медицинской помощи за счет прочих источников финансирования.

В целях совершенствования финансирования необходимо:

– разработать четкое законодательное разграничение расходных полномочий и ответственности между государственным бюджетом, бюджетами субъектов и муниципальных образований;

– устранить сохраняющийся разрыв между объемом законодательно установленных государственных гарантий;

– оказания бесплатной медицинской помощи и объемом фактически имеющихся финансовых ресурсов;

– сформировать пакет медицинских услуг не такой обширный (скорая медицинская помощь, медицинская помощь при травмах, лечение),

– пересмотр и пересчет устаревших норм и нормативов в соответствии с современными рыночными условиями;

– введение защищенных статей бюджетной классификации (заработная плата, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь, оплата коммунальных услуг), по которым финансирование будет производиться полностью;

– предоставление самостоятельности руководителям учреждений в планировании направлений расходов;

– планирование на основе средней стоимости лечения больного и формирование государственного заказа инфекционных, социально опасных заболеваний), но который при необходимости будет оказан действительно бесплатно;

– ограничение числа получателей бесплатной медицинской помощи по программе государственных гарантий (инвалиды, дети, беременные, малоимущие слои населения). Состоятельные группы населения (с доходом выше установленного лимита) имеют право выйти из системы ОМС и получать медицинскую помощь за счет собственных источников;

– необходимо перейти от традиционного финансирования потребностей бюджетных учреждений к реструктуризации этого сектора на основе использования новых организационно-правовых форм и механизмов финансирования.

В связи с этим необходимо разработать и принять законопроект «О специализированных государственных (муниципальных) некоммерческих организациях», имущество которых остается в собственности государства, но закрепляется за организацией не на праве оперативного управления, а на праве хозяйственного ведения.

Совместная разработка Территориальных программ обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, при которой пациенту, застрахованному по ДМС, будет гарантирован бесплатный минимум медицинских услуг, за которые он внес отчисления в размере 3,6% от фонда оплаты труда.

Для учреждений здравоохранения, привлекающих внебюджетные источники финансирования не рассматривать этот вид деятельности как предпринимательский, так как цель его не извлечение прибыли, а зарбатывание средств, восполняющих недостаток бюджетных ассигнований и предоставить налоговые льготы в виде отмены налога на прибыль.

В области правового регулирования системы здравоохранения:

Принятие пакета необходимых правовых актов в области здравоохранения, который будет четко регулировать порядок планирования и финансирования учреждений здравоохранения.

Для совершенствования финансирования учреждений здравоохранения нужно:

1. Разграничение расходных полномочий между государственным бюджетом, бюджетами субъектов РК и органами местного самоуправления;

2. Формировать ограниченного пакета бесплатной медицинской помощи (скорая медицинская помощь, помощь при травмах, инфекционных и социально опасных болезнях) и ее получателей (инвалиды, дети, малоимущие);

3.Создать государственную некоммерческую организацию, которая будет управлять государственным имуществом на правах хозяйственного ведения;

4.Вводить системы платежей в фонды обязательного медицинского страхования;

5.Отменить налога на прибыль для учреждений, привлекающих внебюджетные источники финансирования.

Контрольные вопросы:

1. Основные правовые регулирования системы здравоохранения.
2. Цели совершенствования финансирования медицинских услуг.
3. Основные предложения совершенствования планирования учреждений здравоохранения.
4. Особенности планирование деятельности учреждений здравоохранения.

Глава 8.

МЕНЕДЖМЕНТ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

8.1 История развития менеджмента и особенности медицинского менеджмента

Основоположник Фредерик Тейлор, который опубликовал свои книги - «Управлять необходимо научно», «Не каждый может управлять». Эта теория была очень слабой. Теория тейлоризма («классическая» школа менеджмента).

В 20-х годах прошлого столетия начала формироваться «неклассическая школа» или административная школа управления. Один из основоположников – Анри Файоль: «система управления должна быть построена на формальных организационных структурах». Американцы называют Файоля отцом менеджмента. Он также является создателем науки администрирования.

Следующим является зарождение школы человеческих отношений.

Далее в 50 -60 гг. прошлого века, явился следствием создания компьютеров и с внедрением кибернетики. Построена математическая модель управления.

После 60-ы годы были сформулирована идея о том, что находится внутри организации, поиск внутренних причин действия организации. Поиск взаимосвязи между средой и внутренними условиями организации.

80 -е годы: создание организационной культуры управления.

90 -е годы: крупный прорыв компьютерной технологии. Научные разработки по победе над конкурентом.

Конец 90 -х годов: международный характер управления, который включает в себя организационную культуру, демократизацию, различные формы изучения мотивации и поведения.

В целом менеджмент – наука об управлении совокупность принципов, методов, средств и форм управления с целью повышения эффективности производства и получения прибыли.

Были и основные причины выделения менеджмента в здравоохранении:

- во-первых, именно в XX в. здравоохранение сформировалось в крупнейшую отрасль хозяйства страны. Оно стало одной из ресурсоемких отраслей, которая аккумулирует в себе большой объем материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов. В связи с этим, естественно, назрела проблема рационального планирования и эффективного использования этих ресурсов.

- во-вторых, с развитием современной медицинской науки и техники увеличился объем предлагаемых медицинских услуг и, соответственно, спрос

на них, поэтому возникла необходимость регулирования спроса и предложения в здравоохранении в условиях рыночной экономики.

- в-третьих, именно в XX веке изменились роль и место здравоохранения в системе общественного производства. Расширяется интеграция здравоохранения с другими отраслями, что положительно сказывается на эффективности работы самой системы здравоохранения.

- в-четвертых, здравоохранение, формируя общественное здоровье и воздействуя на потенциал рабочей силы, все больше стало вовлекаться в процессы воспроизводства. Именно в XX веке здравоохранение стало рассматриваться как перспективная отрасль инвестиций частного или государственного капитала в программы, связанные с укреплением здоровья населения, что экономически выгодно и приносит реальный доход обществу.

- в пятых, переход от плановой к рыночной экономике, формирование в здравоохранении рыночных отношений обусловили действие в системе здравоохранения таких общих экономических законов, как закон спроса и предложения, закон возрастающих предельных издержек и др.

Президент Американской ассоциации управления Экли сказал, что менеджмент это управление не вещами, а воздействие на людей. Это искусство получать нужные вещи посредством управления людьми. Менеджмент- это также умение добиваться определенной цели, используя интеллект и мотивы.

Менеджмент – «искусство управлять интеллектуальными, финансовыми, сырьевыми, материальными ресурсами в целях наиболее эффективной производственной деятельности в том числе в системе здравоохранения».

Роль руководителя ЛПУ как менеджера будет определяться:

– Появлением рынка медицинской услуги и рабочей силы медперсонала, медицинских ресурсов и товаров, других услуг обслуживающих персоналов и т. д., которые будут продаваться и покупаться;

– Необходимостью взаимодействия медицинских организаций с рыночными структурами экономики;

– Представительством системы здравоохранения перед местными органами власти, которые будут определять объемы местного финансирования отрасли;

– Ответственностью за достижение конкретных запланированных результатов деятельности ЛПУ и за эффективное использование ресурсов.

С некоторой научной степенью приближения можно сказать, что «менеджмент» совокупность теоретически обоснованных и проверенных на практике законов, принципов, правил, рекомендаций и приемов по обеспечению компетентно-профессионального управления, конкретной системой, независимо от характера и вида управленческой ситуации, по достижению поставленных целей и задач.

Эта тактика и способ деятельности медицинских учреждении, т. е. организация эффективной деятельности, целенаправленные воздействия на подчиненных должностных лиц или на структурно функциональные подразделения (другими словами – умение достигать поставленных целей, используя труд, интеллект и мотивы людей подчиненных).

Теория и практика менеджмента не дает унифицированных, формализованных моделей или готовых образцов, штампов. Они учат тому, как зная общие подходы, методики, психологию, приемы, способы и пути решения тех или иных управленческих задач, добиться успеха для конкретной управляемой системы.

В культуре развитых капиталистических стран понятие менеджмент очень часто соседствует с понятием бизнес. Бизнес-это деятельность, направленная на получение прибыли, это предпринимательская или коммерческая деятельность. Следовательно, «управление бизнесом» - это управление коммерческими, хозяйственными организациями. В тоже время термин «менеджмент» применим к любым типам организации, за исключением, только государственных. В этом случае более правильно использовать термин «государственные управления». Нередко в обиходе отождествляются как синонимы и понятия «бизнесмен» и «менеджер».

Бизнесмен – это деловой человек, предприниматель, коммерсант, физическое лицо, а не должностное лицо. Менеджер – профессионально подготовленный специалист в определенной области знаний (в частности в медицине), прошедший, как правило, специальную подготовку. Это должностное лицо:

«управляющий, администратор» имеющих подчиненных, субъект управления, профессиональный управляющий, представитель особой профессии, а не просто экономист, инженер. Т. е. это высококвалифицированный специалист, обладающий конкретной суммой знаний и навыков в области современного менеджмента и компьютерных технологий, который наделен достаточно широкими полномочиями для осуществления самостоятельной управленческой деятельности.

8.2 Современные процессы управления и их эффективность в медицинских учреждениях

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. При этом суть управления не зависит от величины системы: будь то группа в несколько человек или любое межгосударственное объединение. *Сутью управления* - является «наиболее эффективное достижение поставленных системой целей» Цель – результат осознанной деятельности человека или группы людей.

Любая деятельность человека, будь то познавательная или предметная, включает в себя 3 основных элемента: - субъект управления – тот, кто управляет, воздействует (в ЛПУ это администрация, орган управления);

- объект управления – те, кем (или чем) управляют (на уровне ЛПУ это неразрывно связанные друг с другом производственные процессы и ресурсы);

- технологии деятельности (в управлении отражают способы воздействия субъекта на объект управления).

– *Субъект управления-* т. е. система управления ЛПУ, включает непосредственно 2 уровня аппарата управления: главного врача со своими специальными службами (бухгалтерия и т. д.) и заместителей главного врача, начальники комитетов здравоохранения, директора и начальники клиники, руководитель частного предприятия.

Существует третий уровень – заведующие отделениями. Должности этого уровня не включены в номенклатуру аппарата управления, но, работая непосредственно с исполнителями, они осуществляют управленческие функции.

– *Объекты управления* – работники, коллективы, действующие согласно предписанию и любые хозяйственные и экономические объекты, подвергаемые определенной трансформации по воле объекта.

Управления любого объекта по существу имеет 3 уровня:

- стратегический (главный врач),
- тактический (заместитель главного врача);
- оперативный (заведующие отделениями);

Задачами стратегического уровня являются:

- обеспечение достижения поставленных целей в запланированных объемах и в обозначенные сроки;
- совершенствование деятельности ЛПУ;
- разработка новых целей на основе прогноза ситуации во внешней среде и учета возможностей ЛПУ.

Тактический уровень ответственен за оптимальное распределение ресурсов с выбранной стратегией, организацию и контроль достижения текущих результатов по отдельным направлениям деятельности учреждения. К ресурсам включают: кадры, финансы, основные фонды и материально-техническое оснащение лекарствами. Самым сложным для управления признаны кадры – большие различия в профессиональной подготовке, демографических параметрах, личностных особенностях, выраженный динамизм в потребностях предопределяют выделение специальной функции управления—работы с кадрами, задача и функции которой по праву должны стать предметом специального рассмотрения.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов в отдельных подразделениях, что определяется соответствием с технологией и оптимальным использованием ресурсов.

К способам воздействия субъекта на объект управления относят: - механизмы управления; - организационная структура; - процесс управления. Которые и составляют основу управленческой деятельности воздействия управляющих (т. е. субъекта управления) на объект управления.

Организационная структура считается жесткой структурой, определяющей каркас всей деятельности учреждения, ее суть на этапе достижения поставленной цели заключается в ее стабильности. С помощью организационной структуры в соответствии с задачами учреждения, формируют количество и качество исполнительных структур - составные элементы.

В ЛПУ составными элементами являются отделения, диагностические подразделения и другие вспомогательные структуры и определяют связи между ними.

Связи выделяют вертикальные или линейные – определяющие отношения подчинения; горизонтальные (функциональные), предназначенные для согласования действия. Как правило, они существуют одновременно, что определяется как линейно-функциональные связи. На основе организационной структуры учреждения между его подразделениями распределяют ресурсы, а между работниками - задачи, обязанности, права и ответственность.

Механизмы управления включает в себя способы воздействия руководства на исполнителей, обеспечивающие наилучшее выполнение работниками своих производственных задач. Выделяют следующие способы воздействия: принципы, методы, функции и цели управления.

Методы управления. Их известно 3 группы:

-организационно-распорядительные;

-экономико-математические;

-социально-психологические.

Главная цель всех методов – комплексное воздействие на работника, в результате чего он стремится лучшим образом выполнить производственные задачи.

В основе управленческой деятельности лежат организационно-распорядительные методы (административные) при этом организационное воздействие отражает статику управления и проявляется в форме следующих документов:

нормативные документы, утверждающую структуру учреждения;

штаты,

порядок и правила деятельности ЛПУ,

устав учреждения,

договоры,

контракты,

Распорядительные документы отражают динамику управления, т. к. касаются исполнительной деятельности. Формами распорядительного воздействия являются приказы, распоряжения, рекомендации.

В управлении здравоохранением используется достаточно большое число способов административного воздействия, в том числе:

1) стабилизирующие или регламентирующие методы. Сюда относятся: положения (об учреждении здравоохранения, о подразделении ЛПУ, о комиссиях ЛПУ и т. д.), нормы нагрузки, нормативы, штатное расписание ЛПУ и др.

2) распорядительные методы направлены на решения конкретных задач в ситуациях, которые не предусмотрены установленными и действующими положениями и правилами. В управлении могут быть использованы две формы реализации распорядительного метода: устная (устные приказы, распоряжения и указания) и документальная (директивы и постановления).

3. дисциплинарные методы воздействия включают не только строгое соблюдение плановой, производственной и финансовой дисциплины, но и установление ответственности: личной и коллективной, моральной и материальной, служебной и гражданской.

4) экономические методы. Они основаны на применении экономического стимулирования коллективов, создании материальной заинтересованности отдельных членов коллектива в достижении поставленной цели.

5) социально-психологические методы управления представляют собой совокупность способов по осуществлению воздействия на духовные интересы работников, формирование их мировоззрения.

Они основаны на межличностных отношениях и развития личности и трудовых коллективов. Социально-психологические методы управления можно разделить на две группы:

– прямые
– косвенные методы.

Прямые методы включают: внушение, убеждение, подражание, вовлечение, принуждение, побуждение.

Косвенные методы различаются формами опосредованного воздействия, они создают заранее заданную ситуацию, в рамках которой выполняется работа. Это может осуществляться:

– *условиями труда*, то есть созданием определенной ритмичности, привлекательности и степени нагрузки;

– *элементами системы управления*: положениями, формами контроля и стимулирования;

– *путем создания* соответствующего социально-психологического климата в коллективе.

В условиях централизованного управления наблюдается соответственно превалирование организационно-распорядительных методов, что зачастую формирует командное администрирование; если акцент и ориентир в первую очередь на экономические методы, это может привести к смещению целей и преобладанию личных целей над профессиональными, социально-психологические методы в целом способствуют развитию личности.

Стиль управления - это система сложившихся отношений между руководителями и коллективом по поводу принятия и реализации управленческих решений. Стиль управления формируется и под влиянием преимущественно используемых руководителями методов управления. Принято выделять 3 основных стиля:

Авторитарный стиль управления характеризуется минимальной контактностью с коллективом, жесткостью в выработке и реализации решений. Решение подчиненным навязывается, мотивация осуществляется посредством угроз. Деятельность подчиненных строго регламентируется.

Либеральный стиль управления представляет собой полную противоположность авторитарному. Руководитель каждое решение согласовывает с коллективом, идет на бесконечные уступки формальным и

неформальным лидерам и группам. По существу коллектив управляет руководителем.

Демократический стиль управления или система группового участия в управлении основаны на активном привлечении подчиненных как к определению целей организации или подразделений, так и к контролю за их достижениями.

Контрольные вопросы:

1. История развития менеджмента и особенности медицинского менеджмента.
2. Процессы управления и их эффективность в медицинских учреждениях.
3. Задачи стратегического уровня в медицинских организациях.
4. Механизмы и их методы управления в ЛПУ.
5. Распорядительные документы и их принципы в ЛПУ.

8.3 Функции экономического управления менеджмента в здравоохранении

1. Стратегический уровень:
а) прогноз;
б) планирование;
2. Тактический уровень:
а) проектирование;
б) организация;
3. Оперативный уровень:
а) регулирование;
б) учет;
в) контроль;
г) анализ.

Прогноз обеспечивает формирование стратегических целей, определение мероприятий и с учетом ресурсов разработку стратегии деятельности учреждения. На ее основе планирование позволяет распределить мероприятия и ресурсы по срокам и ответственным.

Функции тактического уровня проектирование и организация позволяют его работникам, исходя из стратегии, разработать плановые задания по нижестоящим уровням и в соответствии с ними распределить все ресурсы.

Функции оперативного уровня регулирование, учет, контроль, анализ позволяют обеспечить эффективное исполнение и достижение текущих задач. Регулирование направлено на корректировку ситуации в случае сбоя. Она невозможна без учета, т. е. регистрации текущих значений различных показателей, контроля или сравнения их с плановыми величинами и анализа-определения отклонений, требующих исправлений, т. е. принятия решения по корректировке.

Принципы управления:

1)организационные принципы управления – они устанавливают ориентировочные (координационные, оперативные) задачи и цели усиления мотивации сотрудников;

2) принципы управления развития – они касаются взаимоотношений всех работников учреждения;

3) принципы управления организации – направлены на внешнюю среду и определяют имидж учреждения (авторитет, представительства учреждения).

Примерами организационных принципов управления являются принципы управления, разработанные Файолем:

- власть и ответственность;
- единоначалие;
- единство руководства;
- централизация;
- линейное управление;
- порядок;
- стабильность;
- инициатива.

К принципам управления развития можно отнести следующие принципы Файоле:

дисциплина;

справедливость;

подчинение индивидуальных интересов общим;

корпоративный дух (в единении сила);

В управлении цели имеют самостоятельное значение, представляя общие будущие результаты деятельности любого учреждения, достижение которых предопределяет возможность успеха или неуспеха ЛПУ.

Выделяют следующие виды целей:

новаторские;

решение проблем;

обычных рабочих обязанностей;

самосовершенствования.

Важнейшим способом воздействия субъекта на объект управления является процесс управления. Суть его заключается в достижении поставленных системой целей.

В связи с этим он имеет следующие этапы:

1 этап – подготовка и принятие решений, включающий постановку целей, которые определяются как модели конечных результатов, планирование процесса по задачам, ресурсам и срокам и организацию – определение ответственных за каждую задачу.

2 этап - сам процесс реализации решения.

3 этап - по достижении результатов- их анализ на основе контроля. От качества анализа будет зависеть, пойдет ли процесс на более высоком уровне, т. е. будут ли поставлены новые, в большей степени отвечающие новым,

изменившемся условиям, цели. Такое развитие процесса будет отражать эффективное управление, постоянно направленное на развитие системы.

В заключении предлагаются стандарты организационного управления, разработанные менеджерами для Европейского Союза:

- удовлетворение запросов потребителей как внутри стран, так и внешних;
- ежедневная творческая работа и нововведения;
- самоуправление в многофункциональных компаниях;
- вовлечение работников всех уровней в решение общих для организации задач; - постоянная активность и настойчивость в достижении целей;
- оперативность и способность осуществления быстрых решений;
- постоянный эксперимент, поиск нового;
- рискованность;
- борьба с бюрократизмом;
- превращение отделов обслуживания и торговли в « героев событий» .

Таким образом, современный экономист-менеджер в системе здравоохранения, выполняя функции управления качеством медицинской помощи, использует принципы, методы и стили классической теории менеджмента.

Менеджмент здравоохранения ЛПУ должен руководствоваться с экономическими и финансовыми показателями маркетингом здравоохранения.

М*аркетинг* - это комплексная деятельность специалистов по организации производства, сбыта продукции и реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей населения с учетом выявленного ранее спроса и возможной прибыли. В структуре маркетинга важным элементом является понятие потребности.

Потребность - это определенный вид нуждаемости (физиологической, социальной, личностно-потребительской) с учетом особенностей образа жизни, культурного уровня и психологической ориентации личности пациентов.

Запрос - это потребность, подкрепленная покупательской способностью пациентов и юридических лиц.

Предложение (медицинские услуги и помощи, удовлетворение потребности) - это услуги медицинских учреждений, предлагаемые с учетом рыночных отношении покупательского спроса и стоимости пациентов и юридических лиц.

Маркетинговые услуги медицинских организаций позволяют реализовать медицинские товары (услугу) в тех случаях, когда определена потребность населения, когда услуга имеет преимущественное качество и удовлетворяющую обе стороны цену. Маркетинг может позволять реализовать услугу на договорных основах.

Сделка - коммерческий обмен медицинскими ценностями между двумя сторонами. Условия сделки, помимо общего согласия, должны определяться законодательством.

Рынок - совокупность существующих и потенциальных покупателей медицинских товаров (рынок товара, услуг, трудовых ресурсов и т.д.).

В связи с вышеизложенным маркетинг в экономической сфере здравоохранения - это деятельность по производству и реализации товара (услуг), направленная на удовлетворение спроса и потребностей, с учетом качества и стоимости. Составными элементами рынка являются коммерческие банки, биржи труда, поставщики, клиенты, профсоюзы.

В здравоохранении рынок представлен учреждениями государственного здравоохранения. Кроме того, существуют:

– рынок пациентов;
– рынок идей;
– рынок фармакологической продукции;
– рынок медицинской техники;
– рынок предметов и услуг в области санитарии и гигиены;
– рынок услуг в области физической культуры;
– рынок системы медицинского образования;
– рынок медицинских услуг и нетрадиционных способов лечения и оздоровления;
– рынок медицинского страхования и др.

Каждый из видов рынка подразделяется на *сегменты* и виды услуг, которые реализуют менеджеры и продавцы. Сегменты рынка определяются потребителям с учетом медико-географических особенностей, возрастно-половых, климатогеографических, психологических и других условий.

Рынок медицинских услуг

- совокупность медицинских технологий,
- изделий медицинской техники,
- методов организации медицинской деятельности,
- фармакологических средств,
- врачебного воздействия и профилактики.

В плане маркетинга любого медицинского учреждения должны быть предусмотрены следующие вопросы:

– Какова ситуация с наличием услуг (товара) среди определенной группы населения или на определенной территории?
– Каков спрос на данный вид услуг (товар)?
– Каковы производственные и транспортные затраты на изготовление и доставку товара (реализацию услуг), то есть себестоимость?
– Какова потребительская стоимость товара (услуг) на местном рынке?
– Какова покупательская способность населения?
– Каковы выигрышные, предпочтительные стороны предлагаемой продукции (или услуг) по сравнению с существующими на рынке?
– Имеются ли медицинские, маркетинговые, психологические и рекламные условия для воздействия на потребности?

Для медицинских услуг применяются:

1) монопольные цены (устанавливаются производителем);

2) номинальные цены с учетом себестоимости и минимальной прибыльности; оптовые цены (для организаций отпускается большое количество товара со значительной скидкой);

3) розничные цены (в магазине) с учетом допустимых наценок и выгоды продающей организации (продавца);

4) рыночные цены (равные розничным) (определяются группой продающих субъектов с учетом общей выгоды);

5) скользящие цены (устанавливаются с учетом различных условий);

6) твердые цены (определяются государством, ассоциациями потребителей, договорами).

Существуют специальные сокращенные названия цен.

Так, например,

"сиф" - цена (стоимость товара, включая стоимость перевозки до потребителя);

фоб - цена доставки товара к потребителю;

франко - цена, включающая стоимость товара, транспортные расходы, затраты на погрузку, охрану, хранение.

Одним из главных правил маркетинговой деятельности является многоканальность сбыта и реализации товара (услуг). Наличие многих групп потребителей разного пола, возраста, социального положения, заинтересованных в данном виде услуг, может поддерживаться на основе постоянного психологического воздействия на потребителя (реклама).

Медицинские услуг, как и любой товар, имеют свои стадии жизненного цикла, знание которых имеет важное значение в маркетинге:

Первое - стадия введения услуги на рынок;

Второе - стадия роста потребности;

Третье - стадия зрелости и насыщения;

Четвертое - стадия упадка потребности.

Существуют 3 типа маркетингового контроля: контроль исполнения годового плана, контроль прибыльности и контроль исполнения стратегических установок.

Медицинские учреждения при маркетинге медицинских услуг должны учитывать:

– **возможности потребителя** (количество, концентрация, платежеспособность, структура заболеваемости);

– **возможности лечебного учреждения** (оснащенность, состояние кадров, лицензирование услуг, фондовооруженность новой техникой, опыт коммерческой деятельности);

– **качество, уровень и доступность медицинских услуг** (набор услуг, их количество, дополнительные, желательные и обязательные услуг, возможности совершенствования и обновления услуг, их новизна, практический и медицинский эффект и др.);

– **конкуренцию** (количество аналогичных услуг, их качество и эффективность, оснащенность новейшей техникой, профессиональный уровень специалистов и их авторитет в других учреждениях).

Стратегия маркетинга (поведение на медицинском рынке) подразделяется на *стратеги в отношении продукта* (услуги) и *стратегии в отношении рынка*. Направлениями стратегии маркетинга для медицинских учреждений могут быть следующие:

Повышение качества потребительских свойств товара (услуги). Например, для центров ГСЭН - это использование приборов с высокой разрешающей способностью и высокой точностью для оценки состояния окружающей среды, экспресс-методик.

Надежность изделия, его гарантированное обслуживание и ремонт.

Престижность фирмы и закрепление ее в качестве лидера по данной услуге, производству.

Продажа товара (услуг) с сопутствующими нужными услугами.

Наличие новизны, повышающей узнаваемость продукта, улучшающей возможность использования и эстетическое восприятие, усиливающей эффективность и др.

Одним из видов маркетинговой стратегии в современном здравоохранении должна стать стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, блокадников, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.).

В коммерческой деятельности должна обязательно быть предусмотрена: программ спонсорства,

- бесплатности,
- снижения цен,
- благотворительности,
- честности,
- этической направленности.

Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и, в конечном счете - медицинский и экономический эффект.

Успешному осуществлению реформ в здравоохранении может способствовать внедрение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждениями здравоохранения. Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца.

Менеджмент - это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива.

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Управляющая сторона (субъект управления), управляемые - объекты управления (коллективы, отдельные работники). Основу управленческой деятельности составляет способы воздействия управляющих на объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления.

Выделяют следующие принципы управления:

Организационные, координационные и оперативные, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.

Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это - дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и др.

Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства учреждения.

Методы управления бывают организационно-распорядительные, экономико-хозяйственные, правовые и социально-психологические. К методам управления относят:

– методы подкрепления и стимулирования;
– методы регулирования поведения;
– методы по оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников;
– развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства.

Функции управления определяются уровнем системы управления. Система управления любого объекта имеет 3 уровня - стратегический, тактический и оперативный. На стратегическом уровне определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический уровень позволяет оптимально определить конкретные задачи, организацию, поэтапное выполнение и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур.

Среди функций управления главными являются следующие:

Технические операции - производство. Для медицинских учреждений к производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.

Коммерческие - покупка, продажа, обмен; для медицинских учреждений - это продажа отдельных видов медицинских услуг.

Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.

Страховые - страхование и охрана имущества и лиц.

Учетные - бухгалтерия, учет, статистика и др.

Административные - перспективное программно-целевое планирование, организация, координация, распорядительные функции и контроль.

Целями управления могут быть: новаторские, решение, проблем, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование.

Целям и функциям управления соответствует определенная установка (техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, страховая). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых такими параметрами, как физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, чувство достоинства, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

Процесс управления включает: планирование, организацию, распорядительность, координацию, контроль, анализ, оценку эффективности, принятие решения, подбор персонала, мотивацию и оптимизацию индивидуальной деятельности, представительство и ведение переговоров и сделок.

Алгоритм (последовательность управленческих решений:

- Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование).
- Сбор необходимой информации.
- Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;
- Принятие управленческого решения;
- Организация исполнения;
- Контроль исполнения;
- Оценка эффективности и корректировка результатов;

Для эффективного управления важны мотивация (заинтересованная деятельность и приверженность персонала), сочетание производственных, физиологических и психологических ориентиров. Среди качественных способов воздействия на коллектив в менеджменте важную роль играет стиль лидерства (совокупность методов управления и психология управления). Существует 6 основных стилей лидерства:

Директорский стиль, когда лидер руководствуется принципом "делай так, как я сказал", держит сотрудников под контролем и в качестве движущейся силы используется поощрение, наказание, инициативу.

Лидер - организатор - это строгий, но справедливый руководитель. Дает подчиненным ясные указания, воздействует убеждением, сообщает каждому свою оценку его качеств и достижений.

Личностный стиль, когда руководитель следует девизу "прежде всего люди, а дело - потом". Доверяет людям, ценит добрые отношения в коллективе. В качестве стимула обеспечивает сотрудникам дополнительные льготы, чувство комфортности, безопасности, спокойствия.

Демократический стиль, когда лидер придерживается принципа "один человек - один голос". Такой лидер побуждает сотрудников активно

участвовать в принятии решений, каждого лично контролируется и побуждает к активным действиям.

Стремление задать темп работы. Лидер, стремящийся больше выполнять сам, берется за многие задания, много работает, предполагая, что остальные сотрудники последуют его примеру, предоставляет многим возможность самостоятельно планировать и работать.

Наставнический стиль, когда лидер руководствуется принципом "ты можешь это сделать". Лидер такого типа помогает членам "команды" и поощряет их работать лучше, давая им возможность личного развития.

Успешно лидерство руководителя возможно при использовании различных стилей руководства.

Контрольные вопросы:

1. Алгоритмы последовательности управленческих решений в ЛПУ.
2. Соответствующие определения цели и функции управления в медицинских учреждениях.
3. Основы управленческой деятельности и их основные принципы в ЛПУ.
4. О стратегии социально-этического маркетинга в современном здравоохранении.
5. Типы маркетингового контроля в условиях рынка здравоохранения.
6. Основные виды цен в медицинских услугах.
7. Рынок медицинских услуг в современном здравоохранении.
8. Экономические и финансовые показатели в маркетинговой здравоохранения.
9. Стратегические уровни здравоохранения и их функции.

8.4 Здравоохранение в современных условиях рыночной экономики.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг, безвозмездность их взаимодействия. По своему содержанию они включат широкий набор различных элементов. Сфера охвата рыночными отношениями тех или иных сторон жизнедеятельности общества не является постоянной величиной. Рыночный механизм является процессом, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

Ключевым понятием, выражающим сущность рыночных отношений, является понятие конкуренции. В общем случае конкуренцию можно определить как тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке. С

позиции структурной организации рынка определяющее значение имеет число производителей (продавцов) и количество потребителей (покупателей), участвующих в процессе обмена.

В зависимости от соотношения между количеством производителей и количеством потребителей различают следующие виды конкурентных структур: рынок совершенной конкуренции, олигополия, монополия, монопсония, монополистическая конкуренция. Каждая из структур имеет свои особенности формирования цены, спроса и предложения.

Так рынок совершенной конкуренции предполагает наличие большого числа самостоятельных производителей некоторого однородного товара с одной стороны, и массы обособленных потребителей данного товара - с другой. Структура связи такова, что каждый потребитель в принципе может приобрести товар у любого производителя, сообразуясь с собственной оценкой полезности товара и его ценой. Каждый производитель может продать товар любому потребителю, сообразуясь с собственной выгодой. Ни один из потребителей не приобретает какую-либо существенную часть от общего объема предложения и ни один из производителей не может удовлетворить сколько-нибудь существенную долю от общего спроса. Рынок совершенной конкуренции - наиболее эффективная структура, позволяющая наилучшим образом распределить ресурсы.

Если же возникают какие-либо объективные ограничения для продавцов и покупателей, то тогда мы имеем дело со структурами несовершенной конкуренции, требующими дополнительной корректировки со стороны государства.

Анализируя с этих позиций сферу здравоохранения во многих развитых странах, следует отметить наличие таких ограничений, выступающих в самых различных формах. Так, например, важную роль в искусственном сдерживании предложения медицинских услуг в США играет Американская медицинская ассоциация, объединяющая около половины всех частнопрактикующих врачей. Ею ограничиваются набор на медицинские факультеты, увеличивается плата за обучение, контролируется приток врачей-эмигрантов и их доступ к занятиям медицинской практикой. Без ведома ассоциации не могут быть одобрены сколь-нибудь значительные инициативы, касающиеся медицинского обслуживания.

Необходимо отметить наличие дополнительных искусственных барьеров для производителей медицинских услуг при их выходе на рынок: частые аттестации, необходимость получения новой лицензии при переезде врача из штата в штат и т.п. это связано с тем, что в чисто экономическом плане для уже сформировавшегося специалиста существует относительная легкость выхода на рынок медицинских услуг и ухода с него, так как оказание многих видов медицинской помощи не связано с крупными первоначальными затратами, значительными стартовым капиталом (в отличие от деятельности в промышленности, торговле. И большинстве других сфер). С другой стороны, динамический спрос, появление новых потребностей и "ниш" на рынке медицинских услуг и сопутствующих товаров активно привлекают в эту сферу

новых специалистов и псевдоспециалистов. Поэтому вполне понятно стремление уже устоявшегося контингента производителей всеми возможными, и не только экономическими, средствами минимизировать вероятность появления на рынке потенциальных конкурентов, ограничить предложение, максимизировать цены и доходы.

Отмеченные выше ограничения конкуренции и информации означают, что рынок медицинских услуг будет существенно отличаться от рынка совершенной конкуренции. В условиях совершенной конкуренции, в случаях, если фирма открывает лучший способ производства какого-либо товара, она просто снижает цены и таким образом отбирает покупателей у других производителей. Производство всегда эффективно, а цены отражают издержки производства наиболее умелых производителей. Если эти условия не выполняются, то могут выжить и те производители, у которых цены значительно превысят издержки производства.

Когда товар неоднороден и покупатель не слишком хорошо информирован, тогда ему сложно определить, что означает более низкая цена - сигнал о возможности более выгодно покупки или о низком качестве товара. А когда покупатели информированы о ценах, то фирмы могут их поднять выше уровня цен равновесия только при ограничении числа продавцов.

Можно схематично показать отличия рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг.

Таблица 9. Сравнения рынков совершенной конкуренции и медицинских услуг

Рынок совершенной конкуренции	**Рынок медицинских услуг**
Большое количество продавцов	Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок, возможны даже ситуации, близкие к естественной монополии.
Однородность товара	Неоднородность медицинской услуги, ее индивидуальность, уникальность.
Хорошая информированность покупателей	Несовершенная информация
Возможность сопоставления цены товара и его качества	Невозможность или затруднительность сопоставления цены и качества.
Производители стремятся к максимизации прибыли	Наличие большого числа государственных или частных "бесприбыльных" организаций.
Реализация продукции осуществляется, как правило, напрямую.	В большинстве случаев требуется участие "третьей стороны" - компетентного посредника, который и оплачивает значительную часть медицинских услуг.

Исходя из приведенного сравнения, можно утверждать, что рынок медицинских услуг, с точки зрения организационной структуры, является рынком несовершенной конкуренции. При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются как рынок монополистической конкуренции и монополия. Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей, изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует специфического регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

8.5 Спрос, предложение и рыночные структуры в здравоохранении.

В современных условиях экономики здравоохранении чрезвычайно важно обратить внимание на факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг. Ключевую роль здесь играет цена, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их. Для того чтобы строить прогнозы относительного изменения величины спроса или предложения при изменении цены, необходимо знать количественные параметры этих изменений. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая эластичность спроса. Различают три вида характеристик эластичности спроса. Это ценовая эластичность, эластичность по доходу, перекрестная эластичность по различным товарам.

Ценовая эластичность измеряется как отношение процентного приращения объема спроса на товар к процентному уменьшению цены данного товара при прочих равных условиях. Она показывает, на сколько процентов увеличится объем спроса при уменьшении цены товара на один процент. Спрос на большинство медицинских услуг обладает низкой эластичностью, это и означает, что коэффициент эластичности меньше единицы. Так, по оценкам ряда специалистов США коэффициент ценовой эластичности спроса на стационарную медицинскую помощь в среднем равен 0.7 (исключение - косметическая хирургия), а во многих случаях он колеблется от 0.2 до 0.7. Это означает, что при повышении цен на медицинские услуги спрос уменьшается в меньшей степени, чем растет цена (при повышении цены, скажем, на 10% спрос сократится на 2-7%).

Количественное выражение эластичности спроса отражает особенности потребительского поведения именно данной страны, так как она определяется совокупностью потребительских предпочтений, уровней дохода населения, свойствами национального характера, общим развитием экономики. Поэтому переносить характеристику эластичности, полученную по данным одной страны, на условия другой страны обычно неправомерно. Однако общее правило заключается в том, что чем настоятельней потребность, которую удовлетворяет данная услуга, и чем меньше заменителей у нее, тем ниже будет эластичность по цене.

В нашей стране пока отсутствуют расчеты этого коэффициента, что связано с меняющимися условиями жизни населения, однако можно предположить следующее. Во-первых, низкий средний уровень жизни подавляющей части населения не позволяет ему отвлекать заметные средства на оплату медицинских услуг, во-вторых, отсутствие имиджа здорового образа жизни не ведет к увеличению удельного веса в доходах населения затрат на поддержание и сохранение своего здоровья. Таким образом, определяя стратегию развития здравоохранения, трудно использовать изменение цен на медицинские услуги как метод сбалансированности спроса и предложения.

Кроме цены, на спрос и предложение оказывают воздействие и неценовые факторы. Спрос определяется количеством покупателей (населения), средним доходом отдельного человека, семьи, ценой заменяемой медицинской услуги. Само количество пациентов будет определяться уровнем заболеваемости населения, качеством его здоровья.

Количественная зависимость изменения доходов и спроса на те или иные медицинские услуги также может быть охарактеризована коэффициентом эластичности. Так, в США эластичность спроса по доходу на услуги врачей составляет 0.75%. В Казахстане этот коэффициент для большей части населения будет ниже. Надо отметить, что, хотя указанные коэффициенты эластичности трудно рассчитать, все они отражают основные закономерности, характерные для того или иного этапа развития. В частности, в развитых странах информация об эластичности спроса по доходу широко используется фирмами при выборе стратегических направлений деловой активности. В составе бизнес-плана многих солидных фирм независимо от того, в какой среде они работают, обязательно присутствуют раздел, содержащий анализ тенденций роста валового национального продукта, демографический прогноз и данные об эластичности спроса. Эта информация используется для планирования роста объемов производства, и для привлечения соответствующих ресурсов.

Предложение медицинских услуг также будет зависеть не только от цены, но и от других факторов: цена используемых ресурсов, налоги и дотации, количество производителей данных услуг. Последнее обстоятельство имеет особое значение. Не случайно американские экономисты, учитывая асимметричность информации, присущей здравоохранению, говорят о своеобразном законе. Суть этого закона: чем больше хирургов, тем больше производится операций, то есть медицинские работники уже самим своим присутствием порождают дополнительный спрос.

Формирование спроса и предложения на медицинские услуг, а также ценообразование находятся в определенной зависимости от многих факторов. При этом охрана здоровья населения зависит не только от эффективного функционирования рынка медицинских услуг, но и от целого ряда других рынков, тесно связанных между собой. Если рассматривать только функционирование медицинских учреждений, то они, прежде всего, выступают на двух основных рынках: рынке ресурсов и рынке медицинских услуг.

Рынок ресурсов включает в себя рынок трудовых ресурсов и рынок материальных ресурсов. Этот рынок снабжает медицинские учреждения медицинским оборудованием, лекарственными препаратами, инструментами. Действуя на этом рынке, медицинские учреждения покупают необходимые ресурсы и совершают платежи, которые выступают в виде заработной платы и доходов владельцев ресурсов. На рынке ресурсов медицинские учреждения выступают в роли покупателей, на рынке медицинских услуг - продавцами.

В условиях широкого использования медицинского страхования рынок услуг может быть представлен следующими видами: страховым рынком, рынком медицинских услуг по системе страхования и свободным рынком медицинских услуг. Что же касается рынка ресурсов, то он также может быть определенным образом классифицирован. Это рынок медицинского оборудования, рынок лекарственных препаратов, рынок труда.

Рынок медицинских услуг и рынок ресурсов связаны между собой самым тесным образом. С одной стороны, спрос на рынке ресурсов является производным от спроса на медицинские услуги, а с другой стороны, уровень цен и в целом конъюнктура на рынке ресурсов определяют потенциальные возможности и границы развития медицинских учреждений. Поэтому не случайно уровень профессиональной подготовки медицинских работников, наличие лекарственных препаратов, низкий уровень материально-технической базы здравоохранения стали наиболее острой проблемой наблюдаемого у нас в стране кризиса здравоохранения. Господствовавший долгие годы в этих сферах государственный монополизм, незначительная сумма средства, выделяемая из государственного бюджета, преобладание экстенсивных методов развития являются основными причинами возникших затруднений

Появившиеся в этих условиях первые медицинские кооперативы, малые предприятия во многом имели успех благодаря доступу к современному оборудованию, дефицитным лекарствам, привлечению наиболее квалифицированных специалистов. Это привело к еще большей дифференциации качества медицинского обслуживания, усилило социальную напряженность в обществе. Поэтому государство было вынуждено пойти на усиление государственного контроля в производстве лекарств и медицинской техники. В частности, это выразилось в реорганизации Министерства здравоохранения Казахстане, которое превратилось в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Республики Казахстан, а также в издании летом 1994 года постановления Правительства Республики Казахстан "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения".

В любом случае большинство этих проблем могут быть успешно решены только с расширением финансовой базы всей системы охраны здоровья в стране. Развитие рыночных отношений сегодня делает эту возможность реальной. Наряду с традиционным источником финансовых средства, каким является государственный бюджет, возникают новые. Как определено в законе

"О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан", ими могут быть средства государственных и общественных организаций, предприятий, доходы от ценных бумаг, кредиты банков и других кредиторов.

Для того чтобы эти перечисленные источники реально функционировали, необходимы условия, делающие финансовые инвестиции в охрану здоровья населения достаточно привлекательным направлением. С этой целью, на наш взгляд, необходимо дифференцировать инструменты финансового рынка и обеспечить им соответствующую государственную поддержку. И хотя основную роль в этих процессах будут играть государственные и частные страховые организации, все же медицинские учреждения и соответствующие органы управления здравоохранением могут привлекать к себе дополнительные свободные денежные средства. Это может достигаться различными путями:

– Выпуск собственных долговых обязательств;

– Участие в капитале и прибыли медицинского учреждения, путем выпуска акций;

– Получение займов в коммерческом банке. Например, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга мог бы выступить инициатором инвестиционного проекта, связанного со строительством крупного многоотраслевого комплекса. Не рассчитывая на бюджетные средства, мэрия города выпускает среднесрочные (3-4 года) долговые обязательства, которые размещаются среди населения и предприятий, прежде всего близлежащий районов. Возвратность этих средств и выплаты соответствующих дивидендов могут быть реализованы благодаря как будущей эффективной работе данного комплекса, так и будущим доходам городского бюджета (экономия средств). Что же касается медицинских учреждений акционерного типа, то здесь существенное значение могут иметь дополнительная эмиссия акций и получение займов у коммерческих банков.

Как известно, привлекательность ценных бумаг определяется соотношением их трех параметров: ликвидности, доходности и риска. Учитывая формирование системы обязательного медицинского страхования, а также значительное участие государственного бюджета в сфере здравоохранения, можно предположить укрепление в ближайшие 2-3 года финансовой базы медицинских учреждений, а это позволит, на наш взгляд, придать ценным бумагам привлекательность, прежде всего в аспекте безопасности и ликвидности, уступая в доходности. Кроме того, при соответствующей пропаганде в обществе можно сформировать доброжелательное отношение к столь важной социальной сфере, какой является здравоохранение, и тем самым придать этим ценным бумагам дополнительную привлекательность.

В отношениях с коммерческими банками дополнительной гарантией обеспечения возвратности кредитов может служить залог недвижимости и, особенно земельных участков, которыми могут располагать государственные медицинские учреждения, расположенные в районных центрах и небольших городах.

Кроме таких традиционных способов финансирования, могут быть использованы и иные способы финансирования здравоохранительной деятельности, которые могут оказаться заметно выгоднее банковского кредита. Одним из способов такого финансирования является лизинг. Лизинг - это операции по размещению движимого и недвижимого имущества, которое специально закупается лизинговой фирмой, остается ее собственностью, но отдается в аренду предпринимателям. Обычно лизинг трактуется как долгосрочная аренда машин и оборудования. В настоящее время по лизингу можно получить самые разнообразные факторы производства и различное имущество - от огромного и сложного до конторского оборудования. Лизинговая фирма выступает своеобразным посредником между производителями соответствующего оборудования и его потребителями.

Известно, что лизинг особенно привлекателен при временной потребности в оборудовании. Предприятия прибегают к нему, если у них нет возможности использовать кредит для закупки необходимого оборудования. А с учетом того, что лизинговая сделка не предполагает гарантийного и авансового залога, предприятия, применяя один и то же капитал, приводят в движение большее количество ресурсов. Оборудование, полученное по лизингу, не фиксируется на балансе предприятия, следовательно, не увеличивает его задолженности, не ухудшает финансового положения.

В настоящее время, когда идет процесс формирования многоукладности в здравоохранении и существует острая нехватка финансовых средств, создание лизинговых фирм, на наш взгляд, могло бы заметно улучшить материально-техническую базу медицинских учреждений. На первом этапе это могут быть государственные лизинговые фирмы, которые могли бы выполнять своеобразную роль распределителя скудных объемов современного медицинского оборудования, добиваясь, чтобы оно попало в хорошие руки. К тому же, как показывает мировой опыт, применять лизинг предпочтительно там, где имеется особенно сложное и редко оборудование, которое обслуживается лизингодателями лучше, чем это может сделать использующее его медицинского учреждение.

В экономической литературе встречаются предложения об использовании в сфере услуг такой специфической формы, как фэкторинг. Фэкторинг - это обычно осуществляемая на договорной основе покупка требований по товарным поставкам факторинг-фирмой. В результате подобной операции предприниматель, продающий требования, в течение 2-3 дней получает от 70-90% суммы требований в виде аванса. Остающиеся 10-30% являются для факторинг-фирмы своего рода гарантийной суммой. Фэкторинг-фирма взимает с предпринимателя определенные проценты за немедленное предоставление эквивалента долговых требований, премию за риск и возмещение административно-управленческих расходов. Фэкторинг эффективен прежде всего, на производственных предприятиях и оптовых фирмах, соответственно производящих и сбывающих потребительские товары. Однако нам представляется возможным в условиях обязательного медицинского страхования, когда многие предприятия не осуществляют вовремя платежи в

территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а многие из них находятся на грани банкротства, долговые обязательства предприятий фондам и страховым организациям могли бы быть проданы фэкторинг-фирмам. Это обеспечило бы большую равномерность в финансировании медицинских учреждений.

Таким образом, конкретная структура рынка формируется под влиянием многообразных факторов, отражающих состояние экономики страны в целом, региональные особенности, уровень развития соответствующей инфраструктуры. И чем точнее законодательная и исполнительная власти будут эти факторы, тем эффективнее и цивилизованнее будут использоваться рыночные механизмы в охране здоровья населения.

Контрольные вопросы:

1. Рыночные отношения и их механизмы в медицине.
2. Отличие рынка медицинских услуг от рынка совершенной конкуренции.
3. Факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг.
4. Предложение медицинских услуг зависящими от других факторов.

ГЛАВА 9.

КАЧЕСТВО И ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

9.1 Понятие о концепции качество и оценки менеджмента здравоохранения

Согласно концепции ВОЗ различают три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения). Такая оценка проводится медицинской ассоциацией.

Осуществляемые меры по контролю над качеством медицинской помощи следует рассматривать также из 3 компонентов: качество структуры, качество процесса, качество результатов.

Под гарантией качества понимают научно-технический уровень помощи, то есть степень применения имеющихся в настоящее время медицинских знаний, медицинских технологией при оказании медицинской помощи. Говоря о гарантии качества надо также говорить о технической оснащенности, безопасности, удовлетворенности пациентов (с должным учетом личности пациента, его доверия и комфорта), с учетом экономного использования ресурсов, равенства возможности получения медицинской помощи для лиц, имеющих разное экономическое положение.

Три группы критериев качества. Структура качества. Это институциональный критерий (постоянный критерий) в состав которого входят:

- Оценка зданий и сооружений
- Оценка медицинской техники
- Оценка вспомогательной и организационной техники
- Оценка кадров
- Оценка различных ресурсов, в том числе и лекарственных

Эти данные можно найти в паспорте учреждения, без этого паспорта учреждение не может пройти лицензирование и аккредитацию. Для оказания качественной услуги необходимо иметь качественный кадровый потенциал, современную технику, специальные ресурсы здравоохранения. Экспертиза показателей структуры проводится органами лицензирования и аккредитации, на основе следующих документов:

- типовые паспорта зданий и сооружений,
- типовой паспорт оснащения медицинской техникой,
- типовой паспорт оснащения хозяйственной оргтехникой,

– штатное расписание и квалификационные требования к специалистам (результаты аттестации и сертификации),

– перечень запасов ресурсов необходимых для оказания медицинской помощи.

В США принята концепция перехода здравоохранения на основу врача семейной практики (В США выделяется на медицинскую отрасль около 14% от ВНП), так как чрезмерная специализация привела к ухудшению помощи, снижению доступности медицинской помощи, и вызвала увеличение расходов государства и граждан. Семейная медицина в США считается наиболее эффективной и малозатратной медицинской помощью. Эта программа позволила сэкономить за 2 года несколько десятков миллиардов долларов, которые были вложены в медицину (из доклада президента конгрессу США).

В Казахстане и других слаборазвитых экономических странах, где нет денег на здравоохранение, поэтому необходим переход на основу семейного врача (в Казахстане выделено 2.9% от ВНП на здравоохранение). Когда в 1993 году ввели систему обязательного медицинского страхования в Казахстане пошло на здравоохранение 4% от ВНП, в силу того, что налоги не собираются, продолжается спад в экономике – выделено 2.9% от ВНП. Страхование идет не как дополнительный источник финансирования, как это было задумано, а как источник замещающий недостаток бюджетных средств. С учетом этого, можно предполагать главным станет амбулаторно-поликлиническое звено, а не стационары. 70% всех расходов идет на стационарную помощь, следовательно при недостатке ресурсов в здравоохранении держать стационарную помощь государство просто не сможет. Приватизация стационаров будет в скором будущем.

Получить лицензию, сертификат – это вопрос жизни и смерти для специалиста.

Второй компонент качества – качество процесса. Это технологический критерий, причем он рассматривает медицинскую и управленческую технологию. Оказание медицинской помощи является чрезвычайно сложным производством, с применением огромного количества ресурсов, техники, поэтому возникает необходимость в стандартизации оказания медицинской помощи. При оценке технологии рассматривается и анализируется, как собственно медицинская технология – медико-технологические и медико-экономические стандарты, контроль без применения стандартов. В области управления оказанием медицинской помощи рассматриваются механизмы, обеспечивающие процесс управления.

В настоящее время численность медицинского персонала должна сократиться на 20%, поэтому грядет конкуренция, или просто борьба за выживание.

Критерии результатов.

Это критерии эффективности, которые учитывают показатели объема деятельности и показатели результативности (медицинские, экономические, социальные). Набор показателей, связанных с понятием эффективности или результативности стандартизации не подлежат. Эффективность и

результативность оцениваются путем установления причинно-следственных отношений с факторами, обуславливающими соответствующие показатели. Например, если в одном отделении показатели летальности составляют 30%, в соседнем 20%, то нельзя сравнивать эти результаты, надо посмотреть на контингент больных и другие факторы. Необходимо сравнивать результаты с однородными данными (по годам, с аналогичными отделениями, с зарубежными данными др.). Фонд медицинского страхования на себя ответственность за качество не берет, в случае плохого качества оказания помощи фонд имеет право лишить лицензии и сертификата соответствующее учреждение.

9.2 Медицинская результативность, общие экономические показател

В медицинских учреждениях основными показателями являются:

– Выздоровление,
– Улучшение,
– без перемен,
– ухудшение,
– смерть,
– специальные показатели результативности для отдельных специальностей (участковые врачи, невропатологи, хирурги и т.д.)
– Экономическая результативность в сфере здравоохранении:
– показатели эффективности работы здравоохранения в целом (можно оценить по показателям младенческой смертности)
– показатели эффективности инвестиционных программ. Существует ряд мировых организаций, которые вкладывают деньги в развитие офисов семейного врача, но потом они смотрят на экономический эффект.
– показатели эффективности финансирования. Насколько полно и качественно используются средства.
– показатели эффективности использования финансовых средств. Как используется оборудование, техника.

Социальная результативность. Характеризуется 2 группами показателями:

1. Микросоциальные показатели – удовлетворенность населения медицинской помощью. Есть система внутриучрежденческого контроля – например, проведение анкетного исследования населения.

2. Макросоциальные показатели – уровни смертности, рождаемости, средней продолжительности жизни.

Можно выделить 4 направления контроля качества медицинской помощи, в зависимости от времени проведения контроля, типа контролирующего органа, вида экспертизы (экспертиза структуры, и пр), или от глубины.

По времени проведения контроля качества:

– Текущий контроль

– Этапный контроль

– По типу контролирующего органа:

– Внутренний контроль – контроль заведующим отделением, главным врачом

– Внешний контроль – контроль со стороны страховой организации, территориальным фондом ОМС, общества потребителя.

– По направлению экспертизы:

– Экспертиза структуры

– Экспертиза технологии

– Экспертиза результативности

– По глубине:

– Скрининг контроль

– Комплексная развернутая экспертиза

Различают следующие способы проведения контроля:

1. Изучение медицинской документации: истории болезни, амбулаторные карты, специальные журналы, отчетная документация по ОМС, статические отчеты.

2. Обход в отделении: медицинский обход и административный обход.

Любая система контроля имеет цель – определение соответствия проводимых мероприятиях, тому что гарантирует нормативный документ.

Нормативные документы:

– Территориальная программа ОМС

– Перечень медицинских услуг, которые оказывают за счет государственной или муниципальной системы здравоохранения

– Перечень дорогостоящих операций и приравненных к ним вмешательств, которые финансируются за счет государственного бюджета

– Положение о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи

Медико-экономические и медико-технологические стандарты

Система контроля качества позволяет решать такие фундаментальные задачи как:

защита прав пациента в части предоставления им гарантированного объема и качества медицинской помощи,

эффективный контроль за использованием финансовых средств,

создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, которые возникают по вине лечебно-профилактических учреждений.

В настоящее время большое внимание уделяется эффективности выполнения медицинскими учреждениями своей работы. Эффективность определяется тем, насколько хорошо налажена административная и вспомогательная работа, которая влияет на конечный результат. Эффективность качества определяется на основе индикаторов, специальных стандартов, баз данных. Индикаторами может быть оценена доступность лечения, его правильность, компетентность специалистов, рентабельность. Хотя эти индикаторы не являются непосредственной мерой качества – они

акцентируют внимание на тех вопросах, которые требуют наиболее активного вмешательства, потому что без этого нельзя создать определенный уровень качества.

Лицензирование и аккредитация.

Лицензирование – выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление, производство определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Оно позволяет определить возможности учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи и дает право осуществлять медицинскую деятельность в объеме, который соответствует уровню подготовки медицинских кадров и оснащению. В лицензирование входит: определение противопожарных мероприятий, санитарно-эпидемиологические показатели (СЭС определяет санитарные и эпидемические показатели), оценка приборов.

В отличие от лицензирования в процессе аккредитации выявляется соответствие или несоответствие деятельности учреждений и медицинского персонала установленным стандартам по оказанию лечебно-профилактической помощи и медицинских услуг.

Цели аккредитации – защита интересов потребителя и обеспечение необходимого объема и качества медицинской помощи и услуг в системе ОМС. Лицензированию и аккредитации подлежать все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Проводятся они лицензионно-аккредитационной комиссией, которые создаются при органах здравоохранения. Их деятельность базируется на приказе Министерство здравоохранения. Финансирование это комиссии идет за счет оплаты процедуры аккредитации, рассмотрения споров, запрошенных дел. Когда проходят лицензирование, то выдается лицензия, в которой оговаривается право на ведение деятельности, когда проходят аккредитацию (проходит каждый медицинский работник) выдают сертификат.

Процедура аккредитации и лицензирования состоит:

1 этап: предварительное очное лицензирование на основании комплексной оценки их состояния и показателей работы.

2 этап: аккредитация медицинского персонала. Результаты оценки могут быть использованы для получения категории.

3 этап: аккредитация диагностической и вспомогательной службы. Результаты их оценки должны использоваться при аккредитации клинических подразделений.

1. этап: аккредитация клинических служб с присвоением категорий – изучение документов, форм, анкет и других заключений экспертов.

Сертификат может быть условным: разрешают несколько месяцев поработать, чтобы устранить результаты. Могут дать сертификат на 1- 3 года.

При анализе экономических факторов, обеспечивающих нормальное функционирование системы обязательного медицинского страхования, необходимо рассматривать всю совокупность возникающих финансовых отношений. Здесь можно выделить три основные группы отношений,

сложившихся в ходе реализации закона «О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан». Первая группа: государство (в лице Государственных и территориальных фондов ОМС) – страхователи (в лице хозяйствующих субъектов, работодателей и администраций территорий). Эта группа взаимоотношений связана с аккумулированием денежных ресурсов. Вторая группа: территориальный фонд – лечебно-профилактические учреждения (в случае выполнения фондом функций страховщика). Эта группа отношений связана с расходованием денежных средств. Третья группа: Государственный фонд обязательного медицинского страхования – территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Эта группа отношений охватывает как аккумулирование, так и расходование денежных ресурсов. От устойчивости связей между данными субъектами зависит устойчивость всей системы обязательного медицинского страхования. Это так называемые внутренние связи, являющиеся составной частью самой системы и определяющие ее устойчивость изнутри.

Можно выделить внешние факторы, также оказывающие влияние на финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день эти факторы играют главенствующую роль. Они определяются состоянием экономики и направлениями государственной политики в области здравоохранения. Все факторы в свою очередь можно разделить на экономические и организационно-правовые. Экономические факторы напрямую связаны с состоянием экономики станы в целом. Падение объемов производства, закрытие и ликвидация предприятий, кризис неплатежей, разрыв хозяйственных связей приводят к сокращению поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Поэтому не случайно реализация закона «О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан» привела к трудноразрешимому соединению предусмотренного законом рыночного механизма со следующими принципами: с территориальным принципом сбора страховых взносов и финансирования; с социально-гарантированным характером обязательного медицинского страхования, предполагающим всеобщность, независимость от социального положения. К тому же круг субъектов, участвующих в этой системе, оказался на практике шире, чем это было обозначено в законе, что привело к множественным и неоправданным конфликтам на территориальном уровне, к возникновению самых различных вариантов перехода к медицинскому страхованию, подчас крайне неэффективных и противоречащих самому закону.

Анализ различных предложений, высказываемых по поводу дальнейшего реформирования здравоохранения, позволяет выделить несколько принципиальных направлений, вокруг которых и идут споры. Это, прежде всего усиление функций территориального органа административного управления здравоохранением, который и осуществляет все структурные изменения в системе организации медицинской помощи населению, то есть, закрывает ряд нерентабельных медицинских учреждений, ужесточает контроль над деятельностью тех учреждений, которые работают в системе обязательного медицинского страхования, создает «собственную» страховую компанию.

Реализация данного варианта в условиях кризиса экономики возможна только за счет резкого сокращения объема и доступности медицинской помощи. Сжатые сроки, объективно необходимые для реализации этого варианта, не позволяют разработать и реализовать меры по социальной защите больших групп населения, а также работников здравоохранения, которые могут быть лишены своих рабочих мест без достаточных на то оснований.

Другое направление предполагает создание территориальной больничной кассы, имеющей монопольное право на обязательное медицинское страхование населения и образующей филиалы на местах, действующие под руководством и по программе территориальной больничной кассы. Сохраняются, по сути, административные методы управления, но в рамках обязательного медицинского страхования. В этом случае средства территориальных больничных касс формируются из бюджета (страхование неработающих) и внебюджетных источников (начисление на заработную плату работающих на данной территории и другие источники) и распределяются территориальной больничной кассой по филиалам, исходя из условий, в которых действует филиал.

Следующий подход предполагает создание независимых от органов управления здравоохранения финансово-кредитных учреждений, которые аккумулируют все бюджетные средства здравоохранения и управляют ими. При этом они способствуют демонтажу командной системы в здравоохранении, разрабатывают и внедряют «правила игры» для субъектов медицинского страхования, осуществляют организационно-методическую деятельность, создают условия для формирования рынка медицинских услуг.

Как известно, в закон «О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан» были внесены соответствующие изменения, которые можно рассматривать как компромиссное сочетание двух последний направлений. Эти изменения предусматривали создание самостоятельных республиканских и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, своеобразных государственных финансово-кредитных учреждений. Все средства, предназначенные на обязательное медицинское страхование, аккумулируются в фондах. Фонды не являются страховщиками, они осуществляют текущее финансирование деятельности медицинских учреждений на договорной основе.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет аккумулирование денежных средств, а также управление ими. Последнее включает:

А. Разработку и согласование с субъектами обязательного медицинского страхования тарифов на медицинские услуги;

Б. Разработку и утверждение дифференцированных нормативов для филиалов фонда и страховых медицинских организаций;

В. Заключение договоров финансирования со страховыми организациями, а при их отсутствии – договоров о страховании на медицинскую помощь с медицинскими учреждениями;

Г. использование временно свободных средств ОМС для размещения банковских депозитов и т.п.

Д. Размещение и пополнение нормированного страхового запаса.

Кроме того, управление денежными средствами предполагает медико-экономический анализ эффективности программ ОМС, выбор оптимального способа оплаты медицинской помощи.

Следует также отметить, что добровольное медицинское страхование на территории Казахстане отличается от аналогичного вида страхования в развитых странах, население которых характеризуется высокой степенью платежеспособности. Низкие доходы населения Казахстане, финансовая неустойчивость предприятия, непредсказуемость событий в политической и экономической областях ограничивают рамки добровольного медицинского страхования. Оно распространяется в основном на физических и юридических лиц, получающих достаточно высокие доходы.

Поэтому для нашей страны характерны виды добровольного медицинского страхования, как страхование по одному заболеванию. Данная практика была внедрена в США – специально для необеспеченных слоев населения. Например, широко популярна онкологическая страховка – страховка на случай возникновения онкологического заболевания. В.Д. Селезнев и И.В. Поляков в своей книге «Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики» пишут о якобы специфическом для нашей страны страховании от конкретного заболевания, что в корне не верно. В структуре смертности на первых местах стоят сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, следовательно, у отдельного взятого гражданина США больше всего шансов заболеть именно этой патологией, а поскольку лечение онкологических больных наиболее дорогостоящее, имеет смысл платить такую страховку.

Большинство Казахстанских медицинских учреждений не может в настоящее время предоставить пациентам разнообразную, качественную и в нужном объеме медицинскую помощь.

С этим же связано широкое распространение возвратного страхования. Возвратное страхование – это страхование, при котором часть неизрасходованных за определенный период времени средств страховых фондов возвращается страховщиком страхователям либо застрахованным. В системе социального страхования оно используется редко, но в Казахстане в последние годы широко распространена практика возврата не израсходованных на лечение страховых взносов в течение срока действия договора добровольного медицинского страхования. Страхование считается полноценным, если при расчете страховых взносов учитывается вероятность наступления страхового события. В этом же случае чаще всего речь идет о величине стоимости лечения, прибыли страховщика, расходах на ведение страховых операций. Следовательно, «возвратное» добровольное медицинское страхование можно лишь условно назвать страхованием и его существование отражает трудности сегодняшнего дня.

По мнению Н.А. Леванта, наибольший интерес в Казахстане вызывают следующие варианты добровольного медицинского страхования:

1. Виды добровольного медицинского страхования, предусматривающие выплаты не связанные со стоимостью лечения:

- страхование на случаи установления диагноза заболевания;
- страхование на случай заболевания в связи с травмой;
- страхование на случай потери дохода в связи с заболеванием;
- страхование суточных (ежедневных) выплат на период госпитализации.

2. Виды, добровольного медицинского страхования, обеспечивающие выплаты в виде компенсации расходов на лечение:

- страхование расходов на амбулаторное лечение;
- страхование расходов на стационарное лечение;
- страхование хирургических расходов;
- страхование расходов по послеоперационному уходу;
- комплексное страхование медицинских расходов.

В целом за годы, прошедшие после принятия закона о медицинском страховании, существенно изменились объем и структура финансирования здравоохранения Казахстане (в % к итогу). Анализируя бюджет Минздрава Казахстане за эти годы, следует отметить, что потребность в средствах удовлетворялась лишь на 20%. В 1995 году практически не финансировались расходы на проведение капитального ремонта, капитального строительства и коммунальные услуги.

Экономические отношения, формирующиеся сегодня в здравоохранении, естественно, будут отличаться от той модели, которая сложится в нашей стране через некоторое время. Поэтому переход к этому новому состоянию предполагает определенную поэтапность, которая в значительной степени будет определяться темпами становления нормальных отношений в целом в стране.

На начальном этапе, когда главной проблемой является обуздание инфляции и достижение финансовой стабилизации, очевидна необходимость четкого определения минимальной базы финансирования здравоохранения, поиска и подключения резервных ресурсов для поддержания отрасли, а также начала создания новых структур, как-то: медицинские страховые организации, частные медицинские учреждения, отлаживание системы лицензирования и аккредитации, создание необходимых условий и стимулов для деловой и прежде инвестиционной активности. Вместе с тем представляется, что на данном этапе должен быть сохранен и даже усилен приоритет государственных структур в отрасли. В условиях экономического спада, высокой инфляции, нарастающей безработицы, падения реальных доходов значительной части населения, разгосударствление и приватизация медицинских учреждений не только не желательны, но даже губительны. Разумеется, процесс формирования негосударственных структур должен продолжаться, но не за счет перераспределения ресурсов от государственного сектора к частному. Однако в рамках этого этапа устойчиво проявит себя тенденция к муниципализации здравоохранения. Предлагаемые в этих трудных условиях меры чрезвычайного

характера могут быть направлены на сокращение расходов и на поиск дополнительных источников финансирования.

На втором этапе, когда произойдет определенная финансовая стабилизация, наступит сокращение налогового бремени, в центре внимания могут оказаться проблемы разумного сочетания платности и «бесплатности» многих социальных услуг, получаемых населением, в том числе медицинских. На том этапе за счет накоплений государства, предприятий, а также посредство привлечения сбережений населения можно будет значительно расширить финансовую базу здравоохранения и приступить к значительному изменению материально-технической базы. В этих условиях вполне уместна будет «осторожная» приватизация части ЛПУ в той или иной форме. Тем самым, по сути дела, должен быть завершен процесс формирования нормальной много укладности в отрасли как необходимое условие использования рыночных отношений в здравоохранении. На этом же этапе следует создать экономические и юридические предпосылки формирования неприбыльных медицинских учреждений.

И, наконец, третий этап будет связываться с экономическим подъемом и модернизации системы здравоохранения. В условиях роста благосостояния населения это даст возможность сконцентрировать внимание на отработке всех элементов системы охраны здоровья.

Контрольные вопросы:

1. Экономические отношения, формирующиеся сегодня в здравоохранении
2. Перечислите варианты добровольного медицинского страхования.
3. Что такое возвратное страхование?
4. Понятие территориального фонда обязательного медицинского страхования.
5. Как формируются территориальные больничные кассы из бюджета?
6. Как обеспечиваются нормальное функционирование системы обязательного медицинского страхования?
7. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждениях.
8. О решении фундаментальных задач в системе здравоохранении.
9. Основные направления контроля качества медицинской помощи в ЛПУ.
10. Экономическая результативность в сфере здравоохранении.
11. Понятие о концепции качество и оценки менеджмента здравоохранения.

9.3 Роль стратегического менеджмента в здравоохранении.

Стратегический менеджмент здравоохранения – область науки и практики управления, предназначением которого является обеспечение развития организаций в быстроменяющихся условиях внешней среды в сфере экономики. Теория стратегического планирования и управления была исследована американскими исследователями и консультационными фирмами, далее этот аппарат вошел в арсенал методов внутрифирменного планирования всех развитых стран, например, в настоящее время все более востребован Казахстанскими бизнесменами.

Как отмечают специалисты в области стратегического менеджмента, его сущность заключается в ответе на три важнейших вопроса:

1. В каком положении предприятие находится в настоящее время;
2. В каком положении оно хотело бы находиться через три, пять, десять лет;
3. Каким способом достигнуть желаемого положения?

Прежде чем решать стратегию развития медицинских учреждении, стратегические менеджеры должны хорошо понимать текущую ситуацию в системе экономики здравоохранения, в которой находится медицинское предприятие, и ответить на первый из поставленных выше вопросов, для чего необходима информационная основа, обеспечивающая процесс принятия стратегических решений медицинских специалистов и и экономистов соответствующими данными для анализа прошлых, настоящих и будущих ситуаций.

Второй вопрос отражает такую важную особенность стратегического менеджмента, как его ориентация на будущее. Для ответа на него необходимо четко определить, к чему стремиться, какие цели ставить менеджеру здравоохранения.

Третий вопрос стратегического менеджмента связан с реализацией выбранной стратегии ЛПУ, в ходе которой может происходить корректировка двух предыдущих этапов. Важнейшими составляющими или ограничениями данного этапа являются имеющиеся или доступные ресурсы, система управления, организационная структура и персонал, который будет реализовывать выбранную стратегию менеджера здравоохранения.

По своему предметному содержанию стратегический менеджмент обращается лишь к основным процессам на медицинским предприятиям и за его пределами, уделяя внимание не столько наличным ресурсам и процессам, сколько возможностям наращивания стратегического потенциала медицинского предприятия.

Стратегический менеджмент здравоохранения в целом представляет собой научно-обоснованный синтез процессов стратегического анализа, прогнозирования, планирования и реализации стратегических целей и стратегических задач. Важнейшее значение стратегического менеджмента обеспечить в долгосрочном периоде устойчивость развития здоровья населения и высокую конкурентоспособность сложных социально-экономических систем

на основе мотивации, инноваций, роста и эффективного использования экономического и человеческого потенциалов, противостояния внешним угрозам, достижения устойчивых конкурентных преимуществ.

Стратегический менеджмент является основным средством, определения главных направлений, ключевых результатов, способов их достижения сложных социально-экономических систем различного уровня (фирмы, города, регионы, государства) в долгосрочном периоде развития (3, 5, 10 и более лет).

Стратегический менеджмент, включая в себя стратегическое планирование и стратегический маркетинг как составные части, направлен на решение многих проблем, выходящих за рамки стратегического маркетинга. К их числу относятся:

1) распределение ресурсов и стратегическое инвестирование,

2) обеспечение синергии различных видов бизнеса и управленческой деятельности,

3) развитие человеческого капитала и управление потенциалом организации,

4) социальная ответственность бизнеса,

5) подбор и расстановка менеджеров на ключевых должностях,

6) разработка долгосрочного плана развития организации и ее подразделений,

7) обеспечение роста экономических показателей,

8) финансовой стабильности и устойчивости.

Стратегическое управление медицинских организаций в каждый данный момент фиксирует, что организация должна делать в настоящем, чтобы достичь поставленных целей в будущем, исходя при этом из того, что окружение будет изменяться, и условия жизни этих организации будут изменяться зависимости демографических показатели населения.

Таким образом, если внутрифирменное управление медицинских организаций ориентировано на создание оптимальных управленческих условий, обеспечивающих реализацию запланированных целей, то стратегическое управление ориентировано на создание соответствующих условий конкурентоспособности и развития этих организации в зависимости от изменений внешней рыночной среды.

Существует много подходов к определению сущности стратегического менеджмента здравоохранения. В связи сего сложностью и многоплановостью ни одно из них не является исчерпывающим. Приведем наиболее распространенные определения.

Например, стратегический менеджмент – это процесс определения взаимодействия организации с ее окружением выражаемое через использование избранных целей и достижение желаемого результата путем распределения ресурсов организации в соответствии с эффективным планом действий.

Стратегический менеджмент – это процесс принятия и осуществления стратегических решений, центральным звеном которого является стратегический выбор, основанный на сопоставлении собственного ресурсного

потенциала предприятия с возможностями и угрозами внешнего окружения, в котором оно действует.

9.4 Современный менеджмент здравоохранения в новых условиях мировой экономики

Стратегический менеджмент – это такое управление организацией, которое опирается на человеческий потенциал как основу организации, ориентирует производственную деятельность на запросы потребителей, гибко реагирует и проводит своевременные изменения в организации, отвечающие вызову со стороны окружения и позволяющие добиваться конкурентных преимуществ, что в совокупности дает возможность организации выживать в долгосрочной перспективе, достигая при этом своих целей.

Современный стратегический менеджмент развивается в условиях глобализации мировой экономики, роста конкуренции, возникновения новых факторов в управлении стратегическим развитием. С учетом новых условий развития мировой экономики стратегический менеджмент характеризуют следующие черты:

– глобальность и системность влияния стратегий на объект управления как на систему. Стратегические воздействия влияют на ЛПУ в целом, изменяя ее главные системы образующие переменные;

– долгосрочность и перспективность. Стратегический менеджмент нацелен на будущее, на периоды развития не менее 3 лет в неустойчивой среде, 5 лет и более в условиях относительно стабильной среды. Верхние пределы периодов стратегического планирования и прогнозирования чрезвычайно варьируют. Различные корпорации разрабатывают свои стратегии на разные сроки – 3, 5, 10, 25-50 и более лет;

– критичность для жизнеспособности организации. Если ошибки оперативного управления, как правило, не критичны для развития организации и могут быть быстро исправлены, то стратегические ошибки ведут к гибели или резкому ухудшению положения фирмы. Исправить стратегические ошибки очень трудно, часто невозможно, так как для этого требуются большие усилия, ресурсы, затраты времени;

– высший уровень приоритета среди всех других видов управления фирмой. Стратегические решения и планы определяют характер всех других видов управления (тактического, оперативного, функционального). Так как стратегия находится на высшем уровне исполнительной власти, ее требования должны быть обязательны для всех нижестоящих уровней управления. Изменения стратегических планов и стратегий должны сопровождаться изменениями всех планов нижних уровней. Если этого не происходит, то стратегия компании носит формальный характер и нежизнеспособна;

– рост сложности стратегического анализа, прогнозирования и много альтернативность стратегического выбора. Чем больше период стратегического планирования, тем больше факторов влияют на модель будущего. В связи с

этим возникает много, нередко десятки и даже сотни, сценариев развития, из которых для эффективного управления нужно выбрать всего несколько.

Методологические основы стратегического менеджмента здравоохранения это:

Гипотеза случайности. Единого рецепта для оптимального управления медицинских учреждении не существует. Иногда гипотезу о случайности трактуют следующим образом: раз универсальное решение отсутствует, значит каждая компания уникальна по своей природе и должна искать свой собственный путь. Однако в настоящее время понимание данной гипотезы таково: между двумя общими для всех решениями есть некий средний набор различных типов управленческого поведения, соответствующих различным типам проблем. Гипотеза о зависимости от внешней среды. Проблемы, которые ставит перед ЛПУ внешняя среда, определяют оптимальную модель поведения фирмы. Например, во второй половине XX в. Эта гипотеза приобрела жизненно важное значение. В начале века, когда компании во многом сами определяли свое окружение, ею можно было пренебречь.

Гипотеза о соответствии (заимствована из кибернетики). Для достижения успеха уровень агрессивности стратегии менеджмента здравоохранении должен соответствовать уровню турбулентности среды.

Гипотеза о стратегии, способности и деятельности. Деятельность медучреждении оптимальна, когда ее стратегическое поведение соответствует уровню турбулентности среды, а деловые способности соответствуют стратегическому поведению.

Гипотеза о многоэлементности, отвергающая предположение о том, что какой-то один компонент управления, будь то ключевые менеджеры, структура, культура или система, является главным условием успеха. Наоборот, успех компании — результат взаимодействия и взаимодополнения нескольких ключевых элементов (хотя при различных условиях один или несколько компонентов могут преобладать над другими).

Гипотеза о сбалансированности. Для каждого уровня турбулентности среды можно подобрать комбинацию (вектор) элементов, оптимизирующую успех фирмы. Достаточно одного взгляда, чтобы понять, что лишь небольшое число компаний работает (ведет себя) оптимально.

Контрольный вопрос:

1. Стратегический менеджмент здравоохранения в условиях глобализации мировой экономики.

2.Что такое методологические основы и их виды стратегического менеджмента здравоохранения?

3. Стратегическое управление медицинских организаций.

4. Стратегический менеджмент и стратегическое планирование и стратегический маркетинг как составные части, направлен на решение многих проблем,

6. Как проводится научно-обоснованный синтез процессов стратегического анализа в ЛПУ?

7. О сущности стратегического менеджмента в здравоохранении.

9.5 Определение эффективности стратегического менеджмента здравоохранения

Эффективность стратегического менеджмента определяется, прежде всего, обоснованностью методологии решения проблем., В системе методологии стратегического менеджмента здравоохранении, в процессе разработки прогнозов, стратегических программ и планов все большее значение начинают приобретать методологические подходы в медицинских оганизациях. Под методологическим подходом понимается единое целостное направление использования логики, принципов и методов стратегического управления менеджмента здравоохранения в ходе разработки прогнозов, проектов стратегических программ и планов всех уровней и временных горизонтов в сфере экономики здравоохранения.

Анализ теории и практики экономического управления здравоохранения различными объектами позволил установить необходимость применения к стратегическому менеджменту следующих научных подходов:

- системный подход;
- маркетинговый подход;
- функциональный подход;
- воспроизводственный подход;
- нормативный подход;
- комплексный подход;
- интеграционный подход;
- динамический подход;
- процессный подход;
- количественный подход;
- административный подход;
- поведенческий подход;
- ситуационный подход.

При решении поставленных стратегических задач их методы решения должны:

1. Анализ целей и средств. Чаще всего продвижение к цели идет не по прямой вымощенной дороге. Если цель не может быть достигнута сразу, нередко приходится идти обходными путями или разбивать задачу на более мелкие части — так называемые подзадачи, каждая из которых имеет свою цель, или подцель. Как и большинство стратегий решения задач, выбор и использование подцелей требует планирования. Процедура, согласно которой

люди определяют подцели и используют их достижение для продвижения к основной цели, называется анализом целей и средств. Он является одним из основных, очень мощных средств решения задач. Сначала задача делится на подцели. Затем человек начинает действовать, чтобы достигнуть определенной подцели. Таким образом, с каждой отдельной победой он будет все ближе и ближе подходить к главной цели.

2. Решение с конца. Анализ целей и средств является примером прямой стратегии — все планируемые действия ориентированы на приближение к подцели и, в конечном итоге, к основной цели. Иногда полезнее оказывается стратегия планирования операций решения с конца, которые обеспечивают движение от конечной цели назад — к текущему или исходному положению.

Простейшим примером такой стратегии может служить игра в обожаемые детьми лабиринты, нарисованные на бумаге, которые нужно проходить с помощью карандаша. Многие из этих лабиринтов содержат несколько возможных путей, отходящих от начальной точки, и среди них только один верный путь, который приведет в конец лабиринта к заветной цели. Даже дети понимают, что они смогут ускорить решение такой задачки-лабиринта, если пойдут в обратном направлении, начав движение с конечной точки и прорисовывая путь к началу лабиринта.

Стратегия решения с конца очень удобна, если от конечной цели ведет меньше путей, чем из исходного положения. Рассмотрим такую задачу: «Площадь, которую покрывают водяные лилии на одном из озер, удваивается каждые двадцать четыре часа. С того момента, как появилась первая лилия, до того, когда лилии полностью покрыли поверхность озера, прошло шестьдесят дней. Когда озеро было покрыто наполовину?». Единственным путем решения этой задачи является применение стратегии решения с конца. Можете ли вы решить ее, пользуясь этой подсказкой? Если озеро полностью было покрыто лилиями на 60-й день, а площадь, которую покрывают лилии, удваивалась каждые сутки, какая часть озера была закрыта в 59-й день? Ответ: половина. Таким образом, пользуясь обратным ходом, мы легко решили эту задачу. Прямая стратегия решения этой задачи наверняка завела бы нас в тупик.

3. Упрощение. Задачи, вызывающие затруднения при решении, чаще всего сложны по структуре. Хороший способ справиться с такой задачей — это упростить ее настолько, насколько возможно, Нередко удачно выбранная форма наглядного представления задачи сама способствует ее упрощению, поскольку позволяет «увидеть» эффективный путь решения.

Предположим, вы столкнулись с классической задачей «кошка на дереве». Предположим, вам надо снять кошку с ветки, расположенной на высоте 3 метров. В вашем распоряжении имеется единственная лестница длиной 2 метра. Для того чтобы лестница была надежно установлена, ее основание должно находиться на расстоянии 1 метра от ствола. Дотянетесь ли вы до кошки?

Лучший путь к решению этой (и не только этой) задачи — графически изобразить исходные данные. Как только информация представлена в виде

чертежа, ее можно воспринимать как простую геометрическую задачу: найти гипотенузу прямоугольного треугольника, если его катеты равны 3 и 1 метру.

Формула для нахождения гипотенузы треугольника имеет вид:

a2 + b2 = c2.

Упрощение является хорошей стратегией для решения абстрактных задач, сложных или содержащих информацию, не относящуюся к поиску решения, а эффективное наглядное представление может существенно упростить задачу.

4. Случайный поиск и метод проб и ошибок. Если задача имеет небольшое число возможных путей решения, то случайный поиск приведет к цели в кратчайший срок. Совершенно случайный поиск означал бы отсутствие систематического порядка рассмотрения вариантов и возможность повтора уже рассмотренных решений. Поэтому более предпочтительной стратегией является систематический поиск методом проб и ошибок по всему пространству задачи (содержащему пути решения, цель и исходное положение). Лучше всего применять метод проб и ошибок к решению четко поставленных задач, имеющих конечное число возможных путей решения. Применение этого метода хорошо подходит при решении коротких анаграмм. Например, переставьте следующие буквы так, чтобы получилось слово: БДУ

Поскольку возможны только шесть вариантов последовательностей расположения этих букв (БДУ, ДБУ, УБД, УДБ, ДУБ, БУД), то можно без труда найти решение простым перебором вариантов. Если бы вы воспользовались чисто случайным поиском, то не хранили бы в памяти уже рассмотренные варианты и повторяли бы некоторые из них по несколько раз, пока не наткнулись бы на верное решение. Систематический поиск методом «проб и ошибок» почти всегда имеет преимущества перед случайным поиском — однако эти преимущества менее заметны при большом числе возможных вариантов решения.

Обе стратегии — метод проб и ошибок и случайный поиск — плохо работают, когда возрастает количество путей решения задачи из-за роста числа возможных комбинаций. Часто бывает полезным разбить задачу на части и воспользоваться методом проб и ошибок для решения более мелких подзадач.

5. Правила. Некоторые типы задач строятся по определенным правилам — например, задачи на последовательности. Как только будут установлены принципы построения такой задачи, можно считать ее решенной. Хороший способ обнаружить заложенную в задаче закономерность — это попробовать отыскать повторяющиеся фрагменты в данных или подцелях. Такого сорта задачи, требующие поиска закономерности, часто используются в тестах интеллекта.

Продолжите следующую запись: АББАВВВАГГГГА

Это пример задачи на простейшую последовательность. Следующими шестью буквами будут ДДДДДА. В таких задачах часто встречаются определенные повторяющиеся фрагменты. Чтобы их обнаружить, посчитайте число повторяющихся символов, внимательно просмотрите значительные по длине участки последовательности и постарайтесь отыскать закономерность —

при этом попробуйте воспользоваться простейшими операциями сложения и вычитания.

6. Подсказки. Подсказки — это дополнительная информация, которая сообщается человеку после того, как он начал работать над задачей. Часто подсказка содержит важные дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Иногда она может потребовать от вас изменить намеченный путь решения задачи. Распространенным примером использования подсказок служит детская игра в «холодно—горячо». В помещении спрятан какой-то предмет. Ребенок, который «водит», бродит по комнате, а другие дети кричат «теплее», если он приближается к спрятанному предмету, и «холоднее», если он от него удаляется. В этой ситуации «водящему» нужно продолжать двигаться небольшими шажками в одном направлении, пока дети кричат подсказку «теплее», и попытаться незначительно изменить направление, когда они подсказывают «холоднее». Исследования воздействия подсказок на процесс принятия решений показали, что общие слова-подсказки типа «подумай о других способах использования предметов» не способствуют поиску решения. Чем определеннее и точнее подсказка, тем больше пользы можно из нее извлечь.

Люди, успешно решающие задачи, как правило, ищут подсказки. Сбор дополнительной информации можно рассматривать как такой поиск. Практически всегда полезно получить максимум возможной информации по интересующей вас задаче. Дополнительные данные помогут реорганизовать пространство задачи и укажут направление, в котором проще искать пути решения.

7. Метод деления пополам. Метод деления пополам является прекрасной стратегией поиска, когда заранее не существует причин для выбора путей решения из последовательно организованного множества. Предположим, что из-за засорения водопровода у вас на кухне из крана не течет вода. Засорение произошло где-то между местом подсоединения ваших ттенге к магистральному водопроводу и кухонным краном. Как вы найдете место засорения в ттенгее, сделав при этом минимальное количество отверстий?

В этом случае решение (место образования пробки) надо искать по всей длине ттенгеы. Наилучшим способом решения такой задачи является метод деления пополам. Поскольку задача предполагает, что вы будете сверлить ттенгеу в каждом выбранном месте, надо максимально эффективно выбирать эти места. Начните с середины пути между отводом от главной ттенгеы и кухонным краном. Если вы обнаружите, что до этого места вода свободно поступает, то место засорения ттенгеы находится где-то между этой точкой и вашей раковиной. После этого разбейте пополам уже этот участок. Если вода течет и здесь, то вам станет ясно, что пробка находится где-то ближе к раковине, и вам следует разбить пополам оставшийся участок.

Допустим, в результате первой попытки вы обнаружили, что вода не доходит до просверленного места. Тогда засорение должно быть между главной ттенгеой и этой точкой. Следующий поиск вы должны вести именно на этом участке. Таким способом вы будете продолжать поиск, пока место засорения

ттенгеопровода не будет найдено. Это очень удобный метод решения подобных задач.

8. Мозговой штурм (брейнсторминг). Первоначально он был разработан как метод группового решения задачи, но оказался полезен и для индивидуальной работы. Брейнсторминг нужен для поиска дополнительных путей решения и может быть призван в помощь всегда, когда возникают трудности с их нахождением. Его целью является выработка как можно большего числа решений. Он призван подтолкнуть людей, занятых решением задачи, к выдвижению самых безумных, невероятных и фантастических идей. Все эти идеи заносятся в список — причем независимо от того, насколько глупыми они кажутся. Принцип, заложенный в основу этой стратегии, заключается в том, что чем больше количество высказанных идей, тем больше вероятность, что по крайней мере одна из них окажется удачной. Чтобы поощрить творческую силу воображения, правила этой стратегии исключают всякую критику и высмеивание идей. Вынесение решения о ценности идей переносится на последующие стадии работы над задачей. Иногда различные идеи частично комбинируются в целях усовершенствования. Мозговой штурм может быть предпринят большой или маленькой группой людей, а также в одиночку. После его проведения перечень возможных решений должен быть тщательно изучен, чтобы найти решения, выполненные с учетом наложенных на данную задачу ограничений — чаще всего финансовых, временных и этических.

9. Переформулировка задачи. Переформулировка задачи оказывается наиболее полезной стратегией при решении нечетко поставленных задач. В четко поставленных задачах цель обычно определена однозначно в недвусмысленных терминах, которые практически не оставляют свободного пространства для переформулировки — хотя четко поставленная задача, по-видимому, могла бы иметь много возможных модификаций, если бы мы были в состоянии изменить ее формулировку и цель.

Рассмотрим задачу, с которой сталкивается фактически каждый взрослый человек, с которым мне приходилось встречаться. «Как накопить деньги?» Многочисленные семьи по всему миру, пытаясь решить эту задачу, совершают покупки на оптовых рынках, едят бутерброды и проводят субботние вечера дома. Предположим, вы переформулировали задачу, и она стала звучать так: «Как мне стать богаче?» Дополнительные решения этой задачи теперь будут включать в себя поиски более высокооплачиваемой работы, переезд на квартиру подешевле, поиск богатого мужа (жены), инвестиции в высокодоходное предприятие, выигрыш в тотализаторе и т. д. Как только вы сталкиваетесь с нечетко поставленной задачей, постарайтесь переформулировать цель. Очень часто это оказывается весьма действенным способом, поскольку другая цель будет иметь и другие пути решения. Чем больше в вашем распоряжении окажется путей решения задачи, тем с большей вероятностью вы достигнете цели.

10. Аналогии и метафоры. Гик и Холиок (Gick & Holyoak, 1980) задали вопрос: «Откуда возникают новые идеи?» На деле оказывается, что

большинство общих выводов сделано при обнаружении подобия (аналогий и метафор) между двумя или более ситуациями. Подобно подсказке, аналогия должна восприниматься как составная часть решаемой задачи, в соответствии с которой ее и надо преобразовать. Они предложили рассматривать четыре типа аналогий:

Личная аналогия. Если вы хотите разобраться в сложном явлении, представьте себя составной частью этого явления. Например, если вы хотите понять молекулярное строение смеси, представьте себя молекулой. Как бы вы повели себя? Как поступили бы другие молекулы, к которым вы намерены прицепиться? Может, вы увидите с этой точки зрения те неуловимые связи, которые были ранее вам недоступны.

Прямая аналогия. Сопоставьте задачу, над которой вы работаете, с рядом задач из совсем других областей. Этот метод был использован Александром Грэмом Беллом: «Меня осенило: ведь на самом деле хрящи человеческих ушей слишком массивны по сравнению с тонкой мембраной, которая управляет ими, и если такая тонкая мембрана может заставить двигаться относительно громоздкие хрящи, то почему бы моей более толстой и плотной мембране не заставить двигаться стальную пластинку». Так был придуман телефон.

Символическая аналогия. Эта стратегия решения задач требует зрительного воображения. Ее цель — оторваться от ограничений, накладываемых словами или символами. Если вы пытаетесь создать четкий зрительный образ задачи, то можете увидеть и решение, просвечивающее сквозь этот образ.

Фантастическая аналогия. Какое решение приходит вам на ум в ваших самых фантастических мечтах? Например, вы можете вообразить двух маленьких насекомых, которые будут автоматически застегивать вашу куртку, или гусеницу-шелкопряда, которая начнет быстро прясть шелк, чтобы вы не замерзли при резком похолодании. Это примеры фантастических аналогий. Как и в случае мозговой атаки, фантастические аналогии могут выражаться в безумных, далеких от реальности идеях, которые, весьма вероятно, затем будут преобразованы в практические и выполнимые решения.

11. Консультация специалиста. В жизни часто случается, что мы не можем решить задачу в одиночку. Иногда лучшим способом решения задачи является привлечение специалиста. Люди обращаются к бухгалтерам для решения финансовых вопросов, к врачам при возникновении проблем со здоровьем. Мы выбираем чиновников, которые будут решать задачи нашей страны, а ведение войны поручаем военным специалистам. Эти люди стали экспертами в своей области благодаря приобретению соответствующих знаний и неоднократному применению этих знаний для решения задач на практике. Поэтому часто консультации специалистов становятся отличным способом решения задачи. Их опыт и знания, превышающие ваши собственные, позволят решать задачи, относящиеся к их специальности, намного эффективнее, чем это сделает новичок. Если вы решили проконсультироваться у специалиста, то задача приобретает следующий вид:

- как узнать, является ли данный человек специалистом;

- как выбрать, к какому из специалистов следует обратиться.

Решением этих вопросов дело не закончится. Вам нужно быть уверенными, что привлеченный к работе специалист имеет в руках все факты и рассмотрел все возможные альтернативы. Внимательно выслушайте его анализ возможного риска и альтернативных путей, но окончательное решение — за вами. Специалист — это только помощь в решении задачи, но не само решение.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите 11 решения поставленной стратегических задач их методы решения.
2. Методы применения научных подходов для стратегического менеджмента к систему здравоохранения.
3. Методологический подход стратегического менеджмента в здравоохранении.

9.6 Методика анализа менеджмента и их стратегия финансово-хозяйственной деятельности в ЛПУ

Традиционные подходы к комплексному анализу и оценке предприятий, бизнеса разделяются на две группы: финансовые и подходы профессиональных оценщиков.

Финансовые подходы основываются на положении о том, что финансовое состояние - важнейшая характеристика предприятия, поэтому комплексный анализ и оценка бизнеса должны выполняться на основе показателей, характеризующих финансовые результаты и финансовое состояния предприятия. Эти показатели могут быть получены путем анализа публичной финансовой отчетности - публикуемых в печати финансовых отчетов открытых акционерных обществ. Такой подход используют аналитики банков, кредитующих предприятия, и рейтинговые агентства. Методика такого анализа рассмотрена в этой главе.

Подходы профессиональных оценщиков нацелены на определение цены предприятия при совершении сделок по купле-продаже предприятий в целом, пакетов их акций, их имущества, а также сделок и соглашений при слияниях-поглощениях.

Новые подходы. Начиная с первой половины 90-х гг. XX в. аналитики и управленческие консультанты в развитых странах интенсивно разрабатывают новые методики комплексного анализа и оценки бизнеса, которые сочетают анализ финансового состояния и финансовых результатов с оценками стратегических возможностей и перспектив, используют основные положения и инструменты современной теории финансов в приложении к оценке активов предприятий.

Анализ финансового состояния и финансовых результатов позволяет получить показатели, которые являются основой комплексного анализа и оценки предприятия как эмитента ценных бумаг и получателя кредитных ресурсов. Устойчивое финансовое состояние и хорошие финансовые результаты могут определять конкурентоспособность предприятия, гарантировать эффективность реализации интересов партнеров предприятия, вступающих с ним в финансовые отношения Финансовое положение предприятия является результатом управления всей его финансово-хозяйственной деятельностью и определяет, таким образом, его комплексную оценку.

Методики комплексного анализа. Финансовое положение может рассматриваться не только как качественная, но и как количественная характеристика состояния финансов предприятия. Это положение позволяет сформулировать общие принципы построения научно обоснованной методики оценки финансового состояния, рентабельности и деловой активности предприятия с использованием различных методов и различных критериев. Большинство методик анализа позволяют в конечном итоге получить некоторый показатель, позволяющий ранжировать предприятия в порядке изменения их финансового положения. Таким образом получают классификацию предприятий по их рейтингу.

Система управления предприятием, основанная на стратегическом планировании, дополненном механизмом согласования маркетинговых решений – тактических и оперативных – со стратегическими, а также механизмом корректировки и контроля за реализацией стратегии, призвана обеспечить конкурентоспособность предприятия в рыночной среде.

В данном пункте приводится иерархический структурированный перечень видов и возможных вариантов стратегии предприятия, а также примерная методика последовательности этапов разработки стратегии предприятия. Этот перечень – своеобразная «стратегическая карта», использование которой в процессе бизнес-планирования и управления позволяет существенно облегчить формирование и сделать более обоснованным выбор комплексной стратегии предприятия.

Верхний уровень составляют восемь направлений (видов) стратегии. Следующие за верхним уровни «стратегического дерева» и стратегические варианты представлены ниже.

1. Товарно-рыночная стратегия

Товарная стратегия

Номенклатурная стратегия: выбор типа номенклатуры

- Монономенклатурное производство
- Доминантно-номенклатурное производство
- Полисегментная номенклатура производства
- Изменение номенклатурного типа предприятия

Ассортиментная стратегия: выбор типа ассортимента

- Широкоассортиментное производство
- Узкоассортиментное производство

- Среднеассортиментное производство
- Изменение ассортиментного типа производства

Стратегия обновления номенклатуры производства

- Расширение (сокращение) номенклатуры за счет технологически близких к выпускаемым видов продукции
- Расширение (сокращение) номенклатуры за счет близких по месту потребления к выпускаемым видов продукции
- Расширение (сокращение) номенклатуры за счет продукции, получаемой с помощью дополнительной обработки выпускаемой продукции
- Расширение (сокращение) номенклатуры за счет не связанных с производимыми видов продукции

Стратегия масштабов производства

- Расширение масштабов производства
- Сокращение масштабов производства
- Сохранение масштабов производства

Стратегия качества продукции

- Лидерство в качестве профильной продукции
- Минимальное качество профильной продукции
- Среднеотраслевой уровень качества профильной продукции

Рыночная стратегия

Стратегия выбора структуры рынка сбыта продукции

- Моносегментный рынок сбыта
- Доминантно-сегментный рынок сбыта
- Полисегментный рынок сбыта
- Смена типа структуры рынка сбыта продукции

Стратегия рыночной экспансии

- Расширение охватываемого сектора товарного рынка
- Сокращение сектора рынка
- Сохранение сектора рынка

Стратегия рыночной конкуренции на товарном рынке

- Концентрация усилий на завоевании потребителя
- Концентрация усилий на рекламе продукции
- Концентрация усилий на отношениях с конкурентами

Стратегия ценообразования

- Ценообразование на базе уровня издержек
  · Ценообразование на базе индивидуальных издержек на данную продукцию
  · Ценообразование на базе издержек производства
- Ценообразование на базе уровня спроса
  · Ценовое лидерство
  · Ценообразование по принципу «гонки за лидером»
  · Минимизация цен
  · Компенсационное ценообразование

2. Ресурсно-рыночная стратегия

Ресурсная стратегия

Стратегия объема ресурсных запасов
- Формирование долгосрочного запаса ресурсов
- Формирование краткосрочного запаса ресурсов
- Формирование среднесрочного запаса ресурсов
Стратегия качества ресурсов
- Лидирующее качество
- Минимальное качество
- Среднеотраслевое качество

Контрольный вопрос:

1. Стратегические задачи менеджмента в здравоохранении их методы решения.
2. Основные виды медицинских услуг и их эффективности стратегического менеджмента в здравоохранении.
3. Стратегия рыночной экспансии
4. Стратегия обновления номенклатуры медицинского производства.
5. Стратегия обновления номенклатуры медицинского производства
6. Основные методики комплексного анализа в ЛПУ
7. Стратегии финансово- хозяйственной деятельности в ЛПУ.

ГЛАВА 10.

МОДЕРНИЗАЦИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

10.1 Рынок медицинских услуг в сфере экономики здравоохранения

Рынок как экономическая категория характеризует совокупность экономических отношений, возникающих по поводу продажи и купли товара (или услуги). Рынок также можно определить как пространственный локус соединение спроса и предложения товара (или услуги).

Рынок здравоохранения – это развитая система отношений товарного и нетоварного обмена, которая представляет собой объединение отдельных, взаимосвязанных субрынков, включающих:

- рынок медицинских услуг;
- рынок лекарственных препаратов, материалов и гигиенических средств;
- рынок медицинского оборудования и инструментария;
- рынок труда медицинских работников;
- рынок научно-технических разработок и интеллектуального труда;
- рынок ценных бумаг в сфере здравоохранения.

Приоритетное место в структуре рынка здравоохранения принадлежит *рынку медицинских услуг,* который может быть определен, с одной стороны, как совокупность всех медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики, а с другой – как совокупность существующих и потенциальных производителей (ЛПУ) и потребителей медицинских услуг (пациентов).

Изначально возникнув как поручение пациента врачу, медицинская помощь с течением времени обрела правовое положение услуги. Следовательно, медицинские услуги, предоставляемые пациентам в различных учреждениях, также стали неотъемлемой частью рыночных отношений, что и привело к возникновению и развитию рынка медицинских услуг.

Существует ряд классификаций медицинских услуг. Все услуги, предоставляемые в системе здравоохранения, можно сгруппировать:

- по характеру: лечебные; диагностические; профилактические; социальные; реабилитационные; медико-экспертные; парамедицинские; образовательные; аккредитации и лицензированию; сервисные;
- по сегментам структуры здравоохранения: амбулаторные, стационарные, санитарно-гигиенические, эпидемиологические и т.п.;
- по уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, квалифицированные, специализированные;

- по интенсивности во времени: скорые, неотложные, плановые.

Некоторые авторы предлагают классифицировать медицинские услуги также по квалификации источника медицинских услуг (низкая, средняя, высокая); по технологии и инвазивности (рутинные, высокотехнологические, инвазивные и неинвазивные); по соблюдению стандарта; по времени достижения конечного результата; по соответствию правовым нормам.

Систематизированные *свойства медицинских услуг* можно представить как:

- общие свойства: неосязаемость (нематериальность характера) до ее получения; неразрывность производства и потребления услуги; неоднородность или изменчивость качества, неспособность услуги к сохранению впрок;
- экономические составляющие: себестоимость, рентабельность, эффективность, цена услуги, методика ценообразования;
- медико-социальные свойства: своевременность, доступность, качество.

Остановимся на нескольких общих и основных характеристиках медицинских услуг, имеющих значение для рынка здравоохранения.

Неосязаемость – невозможность увидеть, попробовать на вкус, услышать или понюхать услугу до момента ее приобретения. Например, женщина, пришедшая к пластическому хирургу, не увидит результат, пока не купит его услугу, т.е. согласится на операцию. Пациент, пришедший к врачу, не может заранее знать результат своего посещения Покупатель (пациент) вынужден верить продавцу (врачу) на слово. Это ключевой момент экономики здравоохранения и анализа производства и потребления медицинских услуг. Для расширения возможностей изучения свойств медицинских услуг до их получения предлагаются следующие меры:

- повысить осязаемость услуги (предоставить фотографии или рисунки каких-либо аналогов до оказания услуги);
- акцентировать внимание пациента на выгодах, которые несет в себе медицинская услуга;
- присвоить марочное название медицинской услуге для продажи на рынке;
- привлечь к пропаганде своей услуги какое-либо компетентное лицо.

Неотделимость от источника. Услуга будет уже не той, если вместо ожидаемого врача-специалиста, известного пациентам, сеанс лечения проведет другой врач. Врач и его услуга неразделимы. Преодолеть это ограничение можно следующим способом:

- поставщик услуг (врач) может научиться работать с многочисленными аудиториями (например, психотерапевт формирует группу);
- поставщик услуг (врач) может научиться работать быстрее (повысить интенсивность обслуживания);
- подготовить множество поставщиков услуг - врачей в ЛПУ.

Непостоянство качества. Качество услуг колеблется в широких пределах в зависимости от различных характеристик поставщиков (врачей), а также от времени и места оказания. Например, опытный хирург оперирует

гораздо лучше, чем только что окончивший вуз. Однако один и тот же врач лечит по-разному в зависимости от своего физического состояния, обеспеченности медикаментами и оборудованием. Для уменьшения «изменчивости» услуг и обеспечения контроля качества можно:

- разработать стандарты качества медицинского обслуживания;
- выделить средства на привлечение и обучение по-настоящему хороших специалистов (медицинский тренинг);
- постоянно следить за степенью удовлетворенности пациентов с помощью опросов, анкетирования с последующим формированием системы маркетинговой информации о качестве медицинской помощи.

Неразрывность производства и потребления услуги. Услугу невозможно произвести впрок и сохранить. В связи с этим многие врачи в странах Западной Европы берут плату и за не явившихся на прием пациентов, так как стоимостная значимость услуги существует и в момент неявки пациента. Неспособность медицинской услуги к хранению требует разработки стратегии, обеспечивающей более жесткое согласование между спросом пациентов и предложением ЛПУ, например:

- установление скидок и других стимулов, в частности для смещения части спроса с пикового периода на период снижения спроса;
- введение системы предварительных заказов на медицинские услуги (записей к врачу);
- для обслуживания дополнительного потока пациентов в пиковый период обучать персонал совмещению функций, нанимать временных сотрудников.

По мнению Г.К. Максимова и соавт. (1996), производство и потребление медицинской услуги является целостным процессом. Понятие жизненного цикла медицинской услуги включает следующие стадии ее осуществления:

- обследование и диагностирование состояния пациента;
- проектирование оказания медицинской услуги: уяснение задачи (конечного результата), принятие решения на выполнение услуги, планирование (выбор) технологии оказания услуги;
- оказание медицинской услуги;
- потребление (пользование) медицинской услугой;
- самоликвидация услуги или возобновление повторной потребности в ней.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг. Рыночный механизм является процессом, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

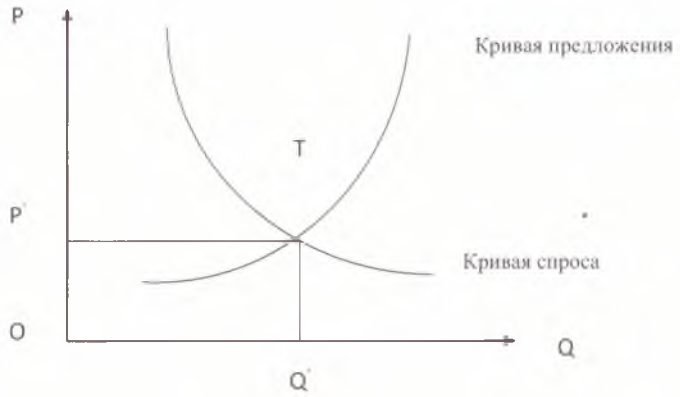
Механизм рынка медицинских услуг также функционирует благодаря взаимодействию трех основных составляющих: спросу, предложению и цене.

Спрос – это количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты за некоторый период и по определенной цене.

Предложение – это количество медицинских услуг, которые могут быть оказаны в определенный период времени на данной территории данным лечебно-профилактическим учреждением (врачом).

Цена – денежное выражение стоимости товара (или услуги).

При взаимодействии спроса и предложения при прочих равных условиях формируется *равновесная рыночная цена,* точка пересечения кривой спроса и предложения, именно равновесная цена обоюдно устраивает и продавца и покупателя (рис.4).



T – точка равновесия, P' – равновесная цена, Q' – равновесное количество медицинских услуг по цене P', которое будет приобретено пациентами в данный момент времени и будет предоставлено врачами в тот же период

Рисунок 4. Графическое изображение взаимодействия спроса и предложения

Ключевым понятием, выражающим сущность рыночных отношений, является понятие конкуренции. В общем случае конкуренцию можно определить как тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке. С позиции структурной организации рынка определяющее значение имеет число производителей (врачей, ЛПУ) и количество потребителей (пациентов), участвующих в процессе обмена.

В зависимости от соотношения между количеством производителей и количеством потребителей различают следующие виды конкурентных структур рынка:

- рынок совершенной конкуренции,
- олигополия,

– монополия,
– монопсония,
– монополистическая конкуренция.

Каждая из структур имеет свои особенности формирования цены, спроса и предложения, к тому же на рынке здравоохранения, как указано, присоединяются особые свойства медицинской услуги.

Так, рынок совершенной конкуренции предполагает наличие большого числа самостоятельных производителей некоторого однородного товара с одной стороны, и массы обособленных потребителей данного товара - с другой. Структура связи такова, что каждый потребитель в принципе может приобрести товар (или услуги) у любого производителя, сообразуясь с собственной оценкой полезности товара и его ценой. Каждый производитель может продать товар любому потребителю, сообразуясь с собственной выгодой. Ни один из потребителей не приобретает какую-либо существенную часть от общего объема предложения и ни один из производителей не может удовлетворить сколько-нибудь существенную долю от общего спроса. Рынок совершенной конкуренции - наиболее эффективная структура, позволяющая наилучшим образом распределить ресурсы.

Если же возникают какие-либо объективные ограничения для продавцов и покупателей, то тогда имеет место структуры несовершенной конкуренции, требующие корректировки со стороны государства.

Анализируя с этих позиций сферу здравоохранения во многих развитых странах, следует отметить наличие государственных ограничений, выступающих в самых различных формах.

Так, например, важную роль в искусственном сдерживании предложения медицинских услуг в США играет Американская Медицинская Ассоциация, объединяющая около половины всех частнопрактикующих врачей. Ею ограничиваются набор на медицинские факультеты, увеличивается плата за обучение, контролируется приток врачей-эмигрантов и их доступ к занятиям медицинской практикой. Необходимо отметить наличие дополнительных искусственных барьеров для производителей медицинских услуг при их выходе на рынок: частые аттестации, необходимость получения новой лицензии при переезде врача из штата в штат и т.п.

Отмеченные выше ограничения конкуренции и информации означают, что рынок медицинских услуг существенно отличается от рынка совершенной конкуренции. В условиях совершенной конкуренции, в случаях, если фирма открывает лучший способ производства какого-либо товара, она просто снижает цены и таким образом отбирает покупателей у других производителей. Производство всегда эффективно, а цены отражают издержки производства наиболее умелых производителей. Если эти условия не выполняются, то могут выжить и те производители, у которых цены значительно превысят издержки производства. Когда товар неоднороден и покупатель не слишком хорошо информирован, тогда ему сложно определить, что означает более низкая цена - сигнал о возможности более выгодно покупки или о низком качестве товара/услуги. А когда покупатели информированы о ценах, то фирмы могут их

поднять выше уровня цен равновесия только при ограничении числа продавцов или ограниченном числе покупателей.

Можно схематично показать отличия товарного рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг (табл.4).

Таблица 4. Отличия товарного рынка совершенной конкуренции от рынка медицинских услуг

Рынок совершенной конкуренции	***Рынок медицинских услуг***
Большое количество продавцов	Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок, возможны ситуации, близкие к естественной монополии
Однородность товара	Неоднородность медицинской услуги, ее уникальные свойства
Хорошая информированность покупателей	Несовершенная информация
Возможность сопоставления цены товара и его качества	Невозможность или трудность сопоставления цены и качества
Производители стремятся к максимизации прибыли	Наличие большого числа государственных или частных некоммерческих организаций
Реализация продукции осуществляется, как правило, напрямую.	Как правило, требуется участие «третьей стороны» - компетентного посредника, который и оплачивает часть медицинских услуг

Исходя из приведенного сравнения, следует, что рынок медицинских услуг, с точки зрения организационной структуры, является рынком несовершенной конкуренции. При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются как рынок монополистической конкуренции и монополия. Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей медицинских услуг (ЛПУ), изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

Здравоохранение, как отрасль общественного хозяйства, обладает рядом характеристик, нарушающих действие рыночного механизма:

- часть медицинских услуг обладает свойством «общественных товаров» (или «общественных благ») (одной из особенностей «общественных благ» является их способность распространять свой потребительский эффект на лиц, не участвующих в рыночной сделке);

- недостаточная информированность потребителя, информационная «асимметрия» производителя и потребителя медицинских услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения;

- особая роль принципа равенства в получении медицинской помощи: объем и качество потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности населения – это, естественно, нарушает механизм рыночного ценообразования в здравоохранении.

В связи с этим чрезвычайно важно обратить внимание на факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг. Ключевую роль здесь играет цена медицинской услуги, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их. Для того чтобы строить прогнозы относительного изменения величины спроса или предложения при изменении цены, необходимо знать количественные параметры этих изменений. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая *ценовая эластичность спроса*.

Ценовая эластичность спроса измеряется как отношение процентного приращения объема спроса на товар (услугу) к процентному уменьшению цены данного товара при прочих равных условиях. Она показывает, на сколько процентов увеличится объем спроса при уменьшении цены услуги на один процент. Спрос на большинство медицинских услуг обладает низкой эластичностью, это и означает, что коэффициент эластичности меньше единицы. По оценкам ряда специалистов США коэффициент ценовой эластичности спроса на стационарную медицинскую помощь в среднем равен 0,7 (исключение – косметическая хирургия), а во многих случаях он колеблется от 0,2 до 0,7. Это означает, что при повышении цен на медицинские услуги спрос уменьшается в меньшей степени, чем растет цена (при повышении цены, скажем, на 10% спрос сократится на 2-7%).

На предложение и спрос действует не только цена, но и ряд других факторов: детерминанты спроса и предложения. К *детерминантам спроса* относятся уровень доходов и платежеспособность населения, структура медицинских услуг и их стоимость, распространенность заболеваний, и уровень информированности пациентов о них, «форсирование спроса» медицинскими работниками и многое другое. *Детерминантами предложения* являются такие факторы, как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, совершенствование медицинского оборудования, появление новых конкурентов и др.

Контрольный вопрос:

1. Особенности рынка здравоохранения в сфере экономики.
2. Классификаций медицинских услуг на рынке.
3. Основные характеристики медицинских услуг, имеющих значение для рынка здравоохранения.

4. Механизм рынка медицинских услуг функционирующих взаимодействию спросу, предложению и цене.

5. Графическое изображение взаимодействия спроса и предложения рынка медицинских услуг.

6. Виды конкурентных структур рынка медицинских услуг.

7. Отличия товарного рынка совершенной конкуренции от рынка медицинских услуг.

10.1.1 Маркетинг медицинских услуг

Важнейшими составляющими анализа любого рынка, в том числе и рынка медицинских услуг, являются *маркетинговые исследования*, представляющие собой систематический сбор, регистрацию и анализ данных в области рынка медицинских услуг и товаров.

Применительно к сфере здравоохранения маркетинг можно определить как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством медицинских и фармацевтических услуг и продуктов, ценовой политики в области лечебно-профилактического процесса, продвижения услуг и продуктов к потребителям, а также управление их реализацией. В маркетинге группируются в единый технологический процесс практически все элементы медицинской и фармацевтической деятельности. Результатом этого процесса является предоставление потребителям благ, удовлетворяющих их потребности в медицинской и фармацевтической помощи.

Маркетинг представляет собой социальный и управленческий процесс, в основе которого лежат следующие ключевые понятия: *нужда, потребность, желание, спрос, продукт, обмен, рынок.* Все эти понятия одинаково характерны как для коммерческой, так и социальной формы маркетинга. Наиболее важными и основными понятиями, лежащими в основе маркетинга, являются идея человеческой нужды и потребность.

Нужда – чувство нехватки чего-либо. Нужда является исходной идеей маркетинга. Нужды могут быть физиологическими (пища, одежда, тепло, безопасность), социальными (духовная близость, влияние, привязанности), личными (нужда в знаниях и самовыражении). Для маркетинга в здравоохранении это понятие означает чувство нездоровья и желание человека стать здоровым.

Потребность – нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем, личностью индивида и предложениями рынка медицинских услуг. Например, больной испытывает потребность в определенном лекарственном средстве. Производители товаров и услуг пытаются сформировать связь между тем, что они выпускают, и нуждами людей. Они не создают нужду, а выявляют и удовлетворяют её.

Потребности выливаются в конкретные *желания*, которые с учетом денежных возможностей трансформируются в спрос на рынке на конкретные

продукты; осуществляется обмен в виде сделки между производителем и потребителем.

Спрос – потребность, подкрепленная покупательской способностью. Запросы людей практически безграничны, а ресурсы для удовлетворения потребностей ограничены, поэтому человек будет выбирать те услуги или товары, которые доставят ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей. Человеческие нужды, потребности и запросы наводят на мысль о существовании товаров (услуг) для их удовлетворения.

Продукт (товар или услуга) – все, что может удовлетворить потребность или нужду и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления.

Термин «товар» можно заменить термином «предложение», «удовлетворение потребностей». Помимо товаров и услуг это могут быть личности, места, организации, виды деятельности и идеи. Чем больше соответствует товар желаниям потребителя, тем большего успеха добьется производитель. В медицине товары – это медицинские услуги, лекар-ственные средства, изделия медицинского назначения, медицинская техника.

Обмен – акт получения от кого-либо желаемого объекта с предложением чего-либо взамен. Состоится обмен или нет, зависит от соглашения между сторонами о его условиях. Для совершения обмена необходимо соблюдение следующих условий:

- сторон должно быть как минимум две: врач-пациент;
- каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представлять ценность для другой стороны;
- каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара;
- каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны;
- каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороной.

Если обмен является основным понятием, то единицей измерения в сфере маркетинга служит с*делка* – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Сделка может быть как денежной, так и бартерной. Например, клиент делает ремонт в больнице и получает медицинскую услугу в качестве выполненной операции на эту сумму. Для осуществления сделки необходимо наличие нескольких условий: не менее двух ценностнозначимых объектов; согласованных требований сторон осуществления сделки, времени совершения и места проведения сделки. Эти условия заключаются в форме договора между сторонами.

В основной своей массе маркетинг в медицине, прежде всего, должен быть ориентирован на пациента, разрабатывая и предлагая именно то, что пациент хочет и в чем он нуждается. Для маркетинга в области медицины характерна концепция *социально-этического маркетинга*: медицинская организация должна не только наиболее полно и эффективно удовлетворять

запросы потребителей, но также поддерживать и улучшать здоровье и благосостояние, как отдельных граждан, так и общества в целом.

В технологии проведения социального маркетинга одна из главных проблем состоит в неразрывности взаимосвязи экономических, социальных, организационных, правовых, социально-психологических аспектов, в связи с чем необходимо анализировать комплекс проблем, связанных с системой управления, системой мотивации трудовой деятельности, нормативов и показателей ее результативности.

Реализация маркетинговых принципов управления медицинской организацией позволяет получить необходимую информацию о медицинских услугах, которые хотят получать пациенты; установить, сколько они могут заплатить за них; определить сегмент наиболее выгодного спроса на конкретные услуги и оптимизировать структуру медицинской специализации; добиться более высоких объемов и качества предлагаемых услуг и получать более высокие доходы в отличие от конкурентов; прогнозировать ситуацию на рынке медицинских услуг.

Управление маркетингом – это анализ, планирование, реализация и контроль за проведением мероприятий, рассчитанных на установление и поддержание выгодных обменов с потребителями ради достижения определенных задач организации (получение прибыли, рост объема продаж, увеличение доли целевого рынка).

Выведенная из различных данных схема процесса управления медицинским маркетингом представлена на рис. 5 и включает в себя следующие составляющие.

Анализ рыночных возможностей заключается в следующем:

- проведение маркетинговых исследований и сбор информации;
- оценка маркетинговой среды и рыночных возможностей предприятия (медицинского учреждения).

Отбор целевых рынков предполагает:

- замеры объемов спроса населения на медицинские услуги;
- сегментирование рынка и выбор целевых сегментов;
- позиционирование товара/услуги на рынке (т.е. обеспечение товару или услуге желательного, четко отличного от других места на рынке и в сознании целевых потребителей).

Разработка комплекса маркетинга включает:

- разработку товара (медицинской услуги);
- установление цены (ценообразование) на медицинские услуги;
- выбор метода распространения товара (предоставления медицинских услуг);
- разработку системы стимулирования сбыта.

Претворение в жизнь маркетинговых мероприятий состоит в следующем:

- выбор стратегии развития организации (ЛПУ);
- кратко- и долгосрочное планирование деятельности;

разработка системы контроля выполнения маркетинговых мероприятий.

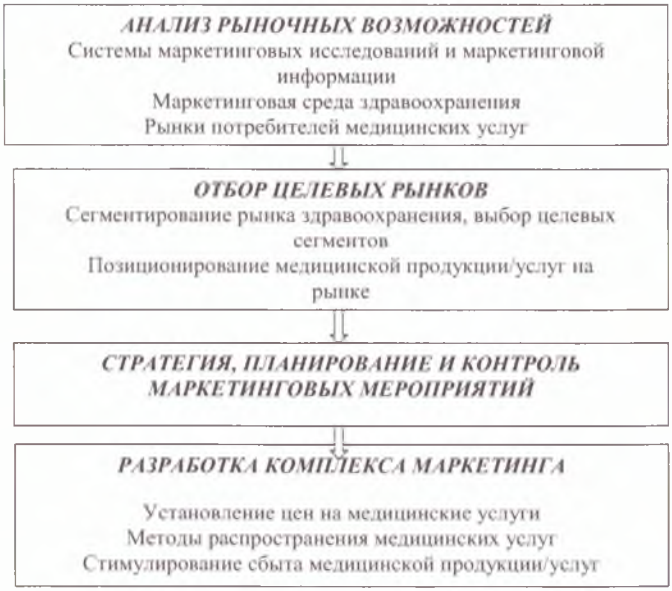


Рисунок 5. Адаптированная схема процесса управления медицинским маркетингом

Процесс управления маркетингом унифицирован, поэтому необходимо лишь учитывать специфику рынка медицинских услуг и специфику самой услуги в медицине.

Благополучие организации (учреждения) зависит не только от применяемой концепции маркетинга, но и от конкурентов, тенденций и событий в окружающей организацию (учреждение) среде. Эта среда называется маркетинговой.

Маркетинговая среда – совокупность активных субъектов и сил, действующих за пределами организации (учреждения) и влияющих на способность руководства службы маркетинга устанавливать и поддерживать с целевыми клиентами (потребителями) отношения успешного сотрудничества. Маркетинговая среда слагается из микро- и макросреды.

Микросреда – силы, имеющие непосредственное отношение к самой организации (учреждению) и влияющие на ее возможности по обслуживанию клиентуры (поставщики, посредники, клиенты, конкуренты, пациенты, контактные аудитории)

Макросреда представлена силами более широкого социального плана, которые влияют на микросреду (демографические, экономические, природные, научно-технические, политические и культурные факторы, состояние здоровья населения).

В деятельности медицинских учреждений (врачей) немаловажное значение будут иметь маркетинговые исследования, которые должны опережать любые управленческие решения.

Контрольный вопрос:

1. Что такое маркетинговая среда ЛПУ.
2. Претворение в жизнь маркетинговых мероприятий ЛПУ
3. Определите комплексный процесс планирования маркетинга здравоохранения.
4. Почему маркетинг представляет собой социальный и управленческий процесс в системе здравоохранения?.
5. Что такое управление маркетингом в ЛПУ?

10.1.2 Маркетинговые исследования в системе здравоохранения

Маркетинговые исследования – систематический сбор, отображение и анализ рыночной информации по различным аспектам маркетинговой деятельности медицинских предприятий и ЛПУ.

Основные этапы составления и проведения маркетинговых исследований представлены на рис.6.

Схема в целом повторяет обычные этапы социально-гигиенического исследования и нуждается в объяснении в приложении к маркетингу.

Рисунок 6. Этапы маркетингового исследования (по Ф. Котлеру)

Выявление проблем и формулирование целей исследования

Цели могут быть:

- поисковыми, т. е. предусматривать сбор каких-либо предварительных данных, проливающих свет на проблему или помогающих выработать гипотезу;
- описательными, т. е. описанием определенных явлений, например, выявление численности и состава пациентов, пользующихся услугами определенного ЛПУ, по различным характеристикам (пол, возраст, социальное положение);
- экспериментальными, предусматривающими проверку гипотезы о какой-то причинно-следственной связи.

Отбор источников информации

Исследователь должен собирать вторичные и первичные данные или те и другие одновременно:

- первичные данные – информация, собранная впервые для какой-либо конкретной цели. Для сбора первичных данных необходимо разработать специальный план, включающий методы исследования: наблюдение, эксперимент, опрос; аппарат исследования: анкеты, технические устройства; план составления выборки: единица выборки, объем выборки, методы формирования выборки; способы связи с аудиторией: почта, телефон, личный контакт, компьютер и др.

- вторичные данные – информация, которая уже собранна ранее для других целей (например, официальная статистика или данные по определенной проблеме из монографий, отчеты государственных предприятий или организаций). Вторичные данные являются отправной точкой исследования. Они более доступны, но не обеспечивают ЛПУ конкурентных преимуществ.

Сбор информации и её хранение

Осуществляются в соответствии с программой исследования и являются техническим моментом. Хранение и накопление информации лучше осуществлять в виде баз данных.

Анализ собранной информации

Из полученных данных извлекают наиболее важную информацию и результаты. После сведения полученных данных в таблицы выводят или рассчитывают различные показатели, анализируют их и делают выводы.

Представление полученных результатов

Результаты представляют на бумажных и электронных носителях в виде текстов и графиков и используют для принятия маркетинговых решений. Они должны быть аргументированными, достоверными, направленными на решение исследуемых проблем.

Разные медицинские услуги не могут быть необходимы одновременно всем пациентам, в связи с чем ЛПУ и отдельные врачи-специалисты сосредоточиваются на обслуживании отдельных частей (или сегментов) рынка, другими словами, целевых пациентов-потребителей. Сегмент рынка состоит из потребителей, одинаково реагирующих на один и тот же набор потребительских стимулов. Разделение рынка на подобные части называется *сегментацией.*

Сегментирование проводят по основным критериям:

- географическому (республика, край, область, город, район, поселок);
- демографическому (пол, возраст, размер семьи);
- психографическому (по принадлежности к общественному классу, образу жизни или личным характеристикам);
- поведенческому (на основе поведенческих особенностей потребителей медицинских услуг), потребителей делят на группы в зависимости от их знаний, отношений, реакции на услугу.

Контрольный вопрос:

1. Особенности маркетингового исследования в ЛПУ.
2. Этапы маркетингового исследования.
3. Сегмент рынка в медицинских услугах.
4. Отбор источников информации для рынка медицинских услуг.

10.1.3 Методы сегментирования рынка медицинских услуг

В маркетинге используется множество методов сегментирования. Один из них – построение типологии потребителей, наиболее приемлем в здравоохранении. Типология потребителей – это процесс дифференциации исследуемой совокупности потребителей на достаточно однородные и устойчивые во времени и пространстве группы с характерным для каждой из них типом потребительского поведения. Например, в зависимости от того, как потребители медицинских услуг реагируют на изменение цен на медицинские услуги, их можно разделить на 5 типов (сегментов).

Первая группа: **экономичные пациенты** (пенсионеры, студенты, малообеспеченные: более 50% населения). Пациенты этой группы высокочувствительны к ценам. Спрос этой группы на медицинские услуги уменьшается при их высокой цене.

Вторая группа: **престижные пациенты** (часть предпринимателей, интеллигенция: 20% потенциальных пациентов). Для этой группы важен престиж и качество услуги. Они малочувствительны к ценам.

Третья группа: **этичные пациенты** (люди, экономически относящиеся к любой из двух предыдущих групп: 20% потенциальных пациентов). Для таких пациентов важны определенные этические качества медицинских услуг (принадлежность к стране-производителю, социальной группе).

Четвертая группа: **«новаторы»** – ориентируются на все новое (методы диагностики, лечения). Качество услуги ассоциируется с возрастом врача, предпочтение отдают молодым врачам.

Пятая группа: **«консерваторы»** – в противоположность предыдущей группе отдают предпочтение старым, проверенным методам лечения. Больше доверяют врачам со значительным стажем.

В зависимости от характера и уровня спроса применительно к рынку здравоохранения используют различные типы маркетинговых систем.

Отрицательный спрос

Такие медицинские услуги, как диспансеризация, флюорография, активная профилактика кариеса не дают пациентам сиюминутной выгоды. Негативное отношение к данным мероприятиям сформировало отрицательный спрос, который в свою очередь повлиял на медицинскую активность. Следствием этого явились рост заболеваемости, утяжеление патологии, излечимой в условиях стационара.

Задачи маркетинга (конверсионного) при отрицательном спросе – проанализировать, почему рынок испытывает неприязнь к услуге, создать программу, которая стимулировала бы потребителя к ее использованию.

Отсутствие спроса

Возникает тогда, когда целевые потребители не заинтересованы в товарах и услугах или безразличны к ним. Медики могут не заинтересоваться новым терапевтическим приемом, студенты – изучением иностранного языка. Пока человек здоров, вкладывать средства в такой специфический товар (общественное благо), как здоровье, он не собирается. Когда он заболевает, то оплачивает уже комплекс медицинских мероприятий, направленных на ликвидацию патологического процесса и его последствий. Задачи маркетинга (стимулирующего) при отсутствии спроса – отыскать способы увязки присущих товару/услуге выгод с естественными потребностями и интересами человека.

Скрытый спрос

Формируется в условиях, когда многие потребители могут испытывать сильную потребность, удовлетворить которую по ряду причин они не в состоянии. Человек не знает, когда ему понадобится та или иная медицинская услуга (товар), но он желает иметь уверенность, что если заболеет, то ему окажут своевременную и адекватную медицинскую помощь. В данном случае речь идет о скрытом спросе. Скрытый спрос может быть на услуги определенных специалистов (сексопатолог, нарколог, дерматовенеролог, психиатр), а также на некоторую информацию (например, о половом воспитании). Задачи маркетинга (развивающего) при скрытом спросе – оценить величину потенциального рынка и создать эффективные товары и услуги, способные удовлетворить спрос, развить потребность в данных услугах.

Падающий спрос

Рано или поздно любая организация сталкивается с падением спроса на свой товар или услугу. Например, спрос на профилактические прививки упал потому, что пациенты стали увязывать с их проведением вероятность инфицирования ВИЧ, развитием осложнений, особенно у детей, и пр. В результате произошло резкое снижение коллективного иммунитета, возросла частота инфекционных заболеваний, что сформировало чрезмерный спрос на услуги инфекционистов и эпидемиологов. Задачи маркетинга (ремаркетинга) при падающем спросе – обратить вспять тенденцию падения спроса, повысить доверие потребителя к услуге, организовать ее массовое потребление.

Чрезмерный спрос

На определенную медицинскую услугу уровень спроса зачастую может быть выше, чем тот, который могут удовлетворить производители услуг – ЛПУ. Например, в настоящее время компьютерная томография, ЯМР, эндоскопические операции, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, мини-аборты пользуются чрезмерным спросом. Задачи маркетинга (демаркетинга) при чрезмерном спросе – изыскать способы временного или постоянного снижения спроса. В нашем примере можно предложить введение платы или повышение цены услуги, пользующейся чрезмерным спросом, установить

гибкие цены на услуги, так как уровень финансирования здравоохранения не позволяет полностью удовлетворить спрос на них.

Нерегулярный спрос

У многих организаций сбыт имеет сезонные, ежедневные и даже почасовые колебания, что вызывает перегрузку и недогрузку. Например, спрос на услуги участкового терапевта колеблется в зависимости от сезона или от времени суток. Плановые операции проводят чаще в начале недели, нежели в конце. Задачи маркетинга (синхромаркетинга) при нерегулярном спросе – изыскать способы сгладить колебания в распределении спроса по времени с помощью гибких цен, мер стимулирования и прочих приемов побуждения.

Полноценный спрос

О полноценном спросе говорят тогда, когда организация (учреждение) удовлетворена своим торговым оборотом, когда спрос соответствует уровню производства услуг. Задачи маркетинга при полноценном спросе – поддерживать существующий уровень спроса и интенсивность производства медицинских услуг.

Нерациональный спрос

Для здравоохранения важно противодействовать спросу на товары и услуги, вредные для здоровья. Это требует целеустремленных усилий. Например, кампания против распространения сигарет, спиртных напитков, наркотических средств, вызывающих привыкание, чрезвычайно полезна для общества и должна стимулироваться общественными структурами. Задачи маркетинга (противодействующего) при нерациональном спросе – убедить приверженцев чего-либо отказаться от своих привычек, распространяя устрашающие сведения, резко поднимая цены, ограничивая доступность товара или услуги.

Контрольные вопросы:

1. Как используется методов сегментирования в маркетинге ЛПУ?
2. Как потребители (пациенты) медицинских услуг реагируют на изменение цен в ЛПУ?
3. В зависимости от характера и уровня спроса к рынку здравоохранения как используют различные типы маркетинговых систем?

10.2 Ценообразование в здравоохранении и в медицинских учреждениях

Одним из аспектов экономической деятельности медицинских учреждений (организаций) любой формы собственности является ценообразование на медицинские услуги.

Цена – денежное выражение стоимости товара (или услуги).

Стоимость – количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги заданного качества. Характерной особенностью медицинской услуги является то, что процесс ее производства совпадает с процессом ее реализации.

Цена состоит из двух главных элементов: *себестоимости и прибыли.*

Себестоимость – это затраты лечебно-профилактического учреждения на оказание медицинской услуги, выраженные в денежной форме. Она включает в себя материальные затраты и оплату труда работников лечебного учреждения в расчете на единицу услуг (в стоматологии – УЕТ). Себестоимость показывает, в какую сумму обходится учреждению медицинское обслуживание, отражает текущие расходы.

Прибыль закладывается в цену как процент от себестоимости. В условиях конкуренции между лечебными учреждениями одного профиля на рынке платных медицинских услуг этот процент зависит от качества и комфортности обслуживания пациентов. Процент прибыли колеблется в среднем от 15 до 30% от себестоимости медицинской услуги.

В практике работы медицинских учреждений используется *расчет стоимости услуги в целом* по формуле:

$$С = Сп + Ск = Зт + Нз + М + И + О + П, \text{ где}$$

С – стоимость услуги, Сп – прямые расходы, Ск – косвенные расходы, Зт – расходы на оплату труда, М – расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр., И – износ мягкого инвентаря, О – износ оборудования, П – прочие расходы.

К прямым расходам относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания: оплата труда основного персонала, начисления на оплату труда основного персонала, материальные затраты, потребляемые в процессе оказания услуги полностью (медикаменты, перевязочные средства, медицинские принадлежности, износ мягкого инвентаря и оборудования).

К косвенным расходам относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи: оплата труда общеучрежденческого персонала, хозяйственные затраты, затраты на командировки и служебные разъезды, износ мягкого инвентаря в служебных помещениях, амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов и др. Перечисленные косвенные затраты относятся на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты.

Процесс установления цены на медицинскую услугу включает в себя ряд последовательных элементов:

1) определение целей медицинского учреждения (организации) и в связи с этим целей ценовой политики;

2) постановку задач ценообразования;

3) определение спроса на медицинские услуги;

4) оценку издержек (т.е. затрат, расходов);

5) анализ цен и услуг конкурентов;

6) выбор метода ценообразования;

7) установление окончательной цены на услуги.

Целью ценообразования может являться:

- покрытие издержек, постоянное их снижение;
- обеспечение рентабельности производства, услуг;
- повышение конкурентоспособности поставщиков услуг;
- завоевание потенциального рынка потребителей;
- формирование стабильного потока пациентов;
- обеспечение оптимальной загрузки персонала и медицинского оборудования и др.

Задачи ценообразования должны совпадать с целями, которые ставит в своей деятельности ЛПУ, данные задачи входят в состав целевого блока, реализуемого в рамках ценовой политики.

Виды цен на медицинские услуги, методики ценообразования

Для медицинских услуг применяются:

1) *«Бюджетные оценки»* (или «бюджетные нормативы»): финансирование медицинских учреждений на основе принятых нормативных документов. «Бюджетные оценки» служат для расчетов между учреждениями одной территории, между подразделениями одного учреждения. При использовании данного типа цен расчеты зависят от имеющихся финансовых возможностей, потребности лечебного учреждения для осуществления своей деятельности не учитываются.

2) *Тарифы* в системе ОМС: денежные суммы, призванные возместить расходы ЛПУ по выполнению программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. Эти цены имеют договорной характер, не включают прибыль, как правило, ниже себестоимости.

3) *Договорные цены* в системе ДМС: цены, которые утверждаются договорами между ЛПУ и другими учреждениями и организациями, предприятиями, другими юридическими лицами с целью медицинского обслуживания сотрудников. Договорные цены приближены к свободным рыночным ценам, включают себестоимость и прибыль, регулируются договорами.

4) *Свободные рыночные цены* на платные медицинские услуги: цены формируются на основании спроса и предложения и зависящие от конъюнктуры рынка медицинских услуг. Структура такой цены зависит от экономической цели медицинского учреждения, используются, как правило, в негосударственных медицинских организациях.

Варианты расчетов цены на медицинские услуги

1. Расчет тарифа на медицинские услуги в системе ОМС.

На сегодняшний день тарифы в системе ОМС включают 4-5 видов затрат, т.е. не все затраты ЛПУ. Те затраты, которые не компенсирует тариф, должны компенсировать бюджетные средства. Основными видами затрат, включаемыми в цену медицинской услуги в системе ОМС, являются оплата труда медицинских работников, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, расходы на продукты питания (для стационара), мягкий инвентарь (в ряде регионов).

Методика расчета статьи «Оплата труда».

Для расчета расходов на статье «Оплата труда» необходимо располагать данными о количестве должностей по штатному расписанию, среднемесячному должностному окладу (исходя из тарификации). Сначала находится месячный фонд заработной платы (например, общее количество врачей терапевтического отделения умножается на среднемесячную заработную плату по тарификации), затем полученное число умножается на 12 мес. и находится годовой фонд заработной платы.

Кроме того, может рассчитываться фонд зарплаты для оплаты ночных, праздничных дежурств, замещения работников, находящихся в отпусках, премиальный фонд.

Пример. Рассчитать основные расходы по статье «Оплата труда», если известны следующие данные:

Отделения	***Количество должностей по штатному расписанию***			***Среднемесячный должностной оклад, тенге.***		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия	4	20	12	2300	1400	800
Хирургия	8	26	18	3100	1600	950
Педиатрия	6	20	12	2300	1400	800

Решение.

1. *Месячный фонд основной заработной платы в терапии:*
(4·2300) + (20·1400) + (12·800) = 9200 + 28000 + 9600 = 46800 тенге.
2. *Годовой фонд основной заработной платы в терапии:*
46800·12 = 561600 тенге.
3. *Месячный фонд основной заработной платы в хирургии:*
(8·3100) + (26·1600) + (18·950) = 24800 + 41600 + 17100 = 83500 тенге.
4. *Годовой фонд основной заработной платы в хирургии:*
83500·12 = 1002000 тенге.

5. Месячный фонд основной заработной платы в детском отделении:
(4·2300) + (20·1400) + (12·800) = 9200 + 28000 + 9600 = 46800 тенге.
6. Годовой фонд основной заработной платы в детском отделении:
46800·12 = 561600 тенге.
7.Ооснoвные расходы по заработной плате:
561600 + 1002000 + 561600 = 2125200 тенге.

Методика расчета статьи «Начисления на оплату труда» (коды 110210-110220). Расходы по статье «Начисления на оплату труда» представляют собой отчисления на государственное социальное страхование, обязательное медицинское страхование, в пенсионный фонд в процентах к фонду заработной платы. Норматив отчислений варьирует в зависимости от доходов предприятия, наиболее часто он составлет 26% (единый социальный налог).

Пример. Рассчитать расходы по статье «Начисления на оплату труда», если известно, что годовой фонд заработной платы сотрудников больницы составляет 2 125 200 тенге.

Решение: (2 125 200 / 100) · 26 = 552 552 тенге.

Методика расчета затрат на медикаменты и перевязочные средства (общий код 110300). Расчет по данной статье может вестись по нескольким вариантам: по фактическим затратам, по расчетным стоимостным нормам, по расходам медикаментов в натурально-вещественной форме.

При расчете по фактическим расходам затраты на медикаменты по каждому отделению на основании подсчета «Требований» к аптеке на выдачу медикаментов. Сумма всех затрат делится на фактический объем работ, выполненных соответствующим отделением, полученные величины составляют затраты по данной статье на единицу объема работ (койко-день, посещение и т.д.).

При расчете по нормативам за основу берутся расчетные нормы расходов в соответствии с приказами и постановлениями исполнительных органов.

Третий вариант используется в случае применения медико-экономических стандартов по формуле расчета:

{суточная доза} · {кол-во суток приема} · {цена лекарства}

Методика расчета затрат на питание больных в стационаре (код 110341). Определяется в стационаре в расчете на один койко-день. Исходя из норм расхода каждого продукта питания и его цены находится дневная стоимость затрат по данной статье, что соответствует затратам на один койко-день. Можно рассчитать затраты на питание отдельно по отделениям.

2. Расчет цены медицинской услуги с использованием «пошагового метода» определения затрат.

По рекомендации ВОЗ пошаговая методика традиционно используется для подсчета затрат больниц на производство услуг и впервые была

предложена в рамках программы «Медикер» в США. Методика используется для расчета одного пациенто-дня в стационаре, и, соответственно, для определения цены платной медицинской услуги.

При расчете цен платных медицинских услуг следует правильно распределить затраты вспомогательных служб больницы и перенести их на основные подразделения. Основными подразделениями являются клинические отделения больницы (хирургическое, терапевтическое и др.). Одно из финансовых требований к основному отделению – точное определение, объема услуг, который оказан пациентам. Например, для хирургического отделения это количество операций. Вспомогательные подразделения – это приемное отделение, административная служба, бухгалтерия, юридическая служба, охрана, прачечная, столовая и др..

Принцип распределения затрат вспомогательных отделений следующий: основному отделению, которое использует большую часть услуг вспомогательных отделений, должна приписываться пропорционально большая часть затрат этого вспомогательного отделения.

Пример задачи. Больница на 300 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 100 и 200 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 5 дней в отделении А и 10 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация

1. Затраты больницы по отделениям

Вспомогательное отделение Денежные единицы (ден.ед)

Административная служба 900

Столовая 475

Прачечная 225

Лечебные отделения

Отделение А 1200

Отделение В 1000

2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения

Административная служба количество сотрудников в отделениях

Столовая количество порций

Прачечная вес белья (в кг)

3. Штатный состав отделений

Административная служба 10

Столовая 5

Прачечная 5

Отделение А 20

Отделение В 30

4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)

Столовая 20

Отделение А 60

Отделение В 40

Распределение затрат больницы по отделениям

Отделение	Затраты, ден. ед.	Администрация	Субзатраты	Прачечная	Субзатраты	Столо-вая	Сумма общих затрат
Администрация	900	(900)					
Прачечная	225	75 (5чел)	300	(300)			
Столовая	475	75 (5чел)	550	50	600	(600)	
Отделение А	1200	300 (20ч)	1500	150	1650	200	1850
Отделение В	1000	450 (30ч)	1450	100	1550	400	1950
Больница в целом	3800		3800		3800		3800

Методика выполнения:

1) вносим в таблицу известные данные по затратам;

2) распределяет затраты на административную службу пропорционально количеству сотрудников в каждом из имеющихся вспомогательных и основных отделений:

900 / (5+5+20+30) = 15, соответственно дополнительно приходится
на прачечную 75 ден.ед. (15·5=75),
на столовую 75 ден.ед. (15·5=75),
на отделение А 300 ден.ед. (20·15=300) и т.д.;

3) высчитываются промежуточные затраты (субзатраты), с учетом того, что затраты на административную службу распределены между другими отделениями;

4) предполагается, что столовая стирает 20 кг белья в неделю, отделение А – 60, отделение В – 40 кг. Следовательно, пропорция будет следующей 20:60:40 = 1:3:2

5) пропорция распределения затрат для столовой 1:2 или 100 порций:200 порций ежедневно в каждый прием пищи;

6) подсчитываем суммы общих затрат для отделения А и отделения В;

7) рассчитываем рентабельность = 20%, или для отделения А = 370 ден.ед; для отделения В = 390 ден.ед.

8) цена совокупной услуги отделения А = 1850 +370 = 2220 ден.ед.;

9) цена 1 пациента-дня в отделении А = 2220 ден.ед : 100 пациентов = 22,2 ден.ед.;

10)продолжительность пребывания в отделении А – 5 дней, следовательно, цена лечения = 22,2 ден.ед · 5 дней = 111 ден.ед.

Аналогично делается расчет для отделения В.

Контрольные вопросы:

1. Понятие цена и себестоимость, прибыль для медицинских услуг.
2. Определите формулу расчета стоимости медицинской услуги.
3. Процесс установления цены на медицинскую услугу.
4. Виды цен на медицинские услуги, методики ценообразования.
5. Варианты расчетов цены на медицинские услуги.
6. Расчет тарифа на медицинские услуги в системе ОМС.
7. Расчет цены медицинской услуги с использованием «пошагового метода» определения затрат.
8. Дополнительная информация затраты по другим медицинским службам.
9. Распределение затрат и их методика выполнения больницы по отделениям.

10.3 Стратегия менеджмента здравоохранения на рынке ресурсов

Стратегия выбора структуры поставщиков ресурсов
- Моносегментный рынок поставщиков
- Доминантно-сегментный рынок поставщиков
- Полисегментный рынок поставщиков
- Переход от одного типа рынка поставщиков к другому

3.. Технологическая стратегия

Стабильная технология производства профильной продукции как основа функционирования («технологический тип предприятия»)

Отсутствие стабильной технологии («конъюнктурный тип»)

Освоение технологии, соответствующей будущим запросам рынка при активной рыночной политике («маркетинговый тип»)

Обновление технологии на базе собственных результатов НИОКР

Обновление технологии на базе заимствованных результатов НИОКР

Обновление технологии с учетов технологических разрывов

2. Интеграционная стратегия

Стратегия вертикальной интеграции

Консолидация (присоединение)

Франчайзинг

Группировка (обмен правами)

Целевая пролонгация договоров о правах и поставках

Стратегия горизонтальной интеграции

Стратегия диагональной интеграции

5. Финансово-инвестиционная стратегия

Стратегия привлечения внешних финансовых ресурсов

Стратегия выбора структуры источников средств

- Концентрация (уменьшение числа) источников внешних средств

- Диверсификация источников внешних средств
- Отказ от привлечения внешних финансовых средств
Стратегия выбора сроков получения кредитов и займов
- Концентрация во времени получения средств
- Постепенное получение средств
Стратегия возврата привлеченных средств
- Концентрация во времени возврата средств
- Постепенное возвращение полученных средств
Стратегия инвестирования имеющихся средств
- Стратегия активного участия в финансовых (фондовых) спекуляциях.
Выбор типа портфеля ценных бумаг ЛПУ
- Минимальное участие в финансовых (фондовых) спекуляциях
- Использование средств для развития собственного производства
- Самостоятельная реализация инвестиционных проектов
- Создание консорциума для реализации инвестиционных проектов
6. Социальная стратегия
Стратегия численности работников
Полномасштабный коллектив
Минимально необходимый коллектив
Промежуточный размер коллектива
Стратегия взаимозаменяемости работников
Индивидуальная специализация работников
Высокая степень взаимозаменяемости работников
Внутригрупповая взаимозаменяемость работников
Стратегия дифференциации работников
Высокодифференцированный (по отношению руководства к работникам и оплате их труда) коллектив
Однородный коллектив
Частично дифференцированный коллектив
Стратегия степени патернализма руководства по отношению к коллективу
Максимальный патернализм
Минимальный патернализм, полная обособленность руководства от коллектива
Групповой или частичный патернализм
Стратегия выбора социального типа коллектива
Коллектив, в котором положение каждого работника определяется его отношениями с руководством (коллектив типа «стая»)
Временное сообщество людей, вынужденно связанных только функциональной общностью («автобус»)
Коллектив, связанный неформальными дружескими отношениями взаимопомощи, общности интересов («семья»)
Сообщество людей, лишенных индивидуальных функциональных отличий и направляемых лидером («стадо»)

Постоянное сообщество работников, положение которых определено индивидуальными функциональными обязанностями («улей»)

7. Стратегия управления

Тип управления

Стратегический характер управления

Тактический характер управления

Оперативный характер управления

Организационная структура

Степень влияния факторов на организационную структуру

- Структура, слабо зависящая от изменения внешних или внутренних факторов («механическая структура»)

- Структура, зависящая от изменения внешних или внутренних факторов («органическая структура»)

Контрольные вопросы:

1. Стратегия выбора структуры поставщиков медицинских ресурсов.
2. Выбор типа портфеля ценных бумаг ЛПУ.
3. Интеграционная, социальная и финансовая стратегия в ЛПУ.
4. Стратегия управления ЛПУ.

10.4 Методология и методика экономического анализа рынка в здравоохранении

Проблемам экономического анализа в здравоохранении были посвящены исследования ряда авторов.

Экономический анализ в здравоохранении – это совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений и их подразделений, позволяющих обеспечить достоверную оценку результатов их работы, выявить пути рационализации использования средств.

Предметом экономического анализа в здравоохранении является хозяйственно-финансовая деятельность лечебно-профилактических учреждений, результаты их деятельности, экономическая эффективность, выявление резервов, поиск альтернативных управленческих решений.

В то же время в литературе вопросы экономического анализа в противотуберкулезной службе не обсуждались.

При проведении системного экономического анализа деятельности ЛПУ нами выделено шесть этапов.

На первом этапе определялись цели и задачи экономического анализа в здравоохранении.

Целью экономического анализа в здравоохранении является принятие управленческих решений, направленных на эффективное использование ресурсов для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах.

Основными задачами экономического анализа в здравоохранении являются: контроль и оценка выполнения плановых показателей, оценка эффективности использования материальных, трудовых, финансовых и информационных ресурсов, выявление резервов повышения эффективности деятельности всего здравоохранения, отдельных отраслей, учреждений и подразделений, анализ эффективности использования управленческих решений.

На втором этапе экономического анализа разрабатывается система синтетических и аналитических экономических показателей, характеризующих деятельность всего здравоохранения, отдельной отрасли, учреждения и его подразделений. Создание свода экономических показателей соответствует формируемой в здравоохранении системе стандартизации.

На третьем этапе системного экономического анализа создается планово-экономическая модель здравоохранения, отрасли или отдельного учреждения, которая представляет собой совокупность блоков и нормативов во взаимосвязи между собой и факторами производства.

Модель включает систему блоков, каждый из которых характеризуется синтетическими и аналитическими показателями в виде натуральных, стоимостных и трудовых нормативов, которые и осуществляют связь между отдельными блоками в системе экономического анализа. Синтетические показатели одного блока, являющиеся выходом для этого блока подсистемы, для другого, соподчиненного с ним блока, будут выполнять роли входа.

Модель в целом отражает спрос населения на медицинские услуги (блок 1), величину предложения со стороны лечебно-профилактических учреждений (блок 2), производственные мощности (блок 3 и 4), цены и затраты на производимые медицинские услуги (блок 5 и 6), эффективность производства (блок 7) и управленческие решения.

Блок 1 включает показатели, которые отражают спрос населения в видах и объемах противотуберкулезной помощи. Спрос характеризуется синтетическими показателями уровня госпитализации больных туберкулезом в стационары и посещаемости населения в противотуберкулезные учреждения амбулаторно-поликлинического типа. Данные показатели играют роль “входа” и оказывают воздействующее влияние на блок 2.

Блок 2 отражает предложение в медицинских услугах со стороны лечебно-профилактических учреждений. Блок характеризуется такими плановыми синтетическими натуральными показателями, как численность пролеченных больных в стационаре, количество посещений в поликлинике, обеспеченность населения стационарными койками и врачами фтизиатрами.

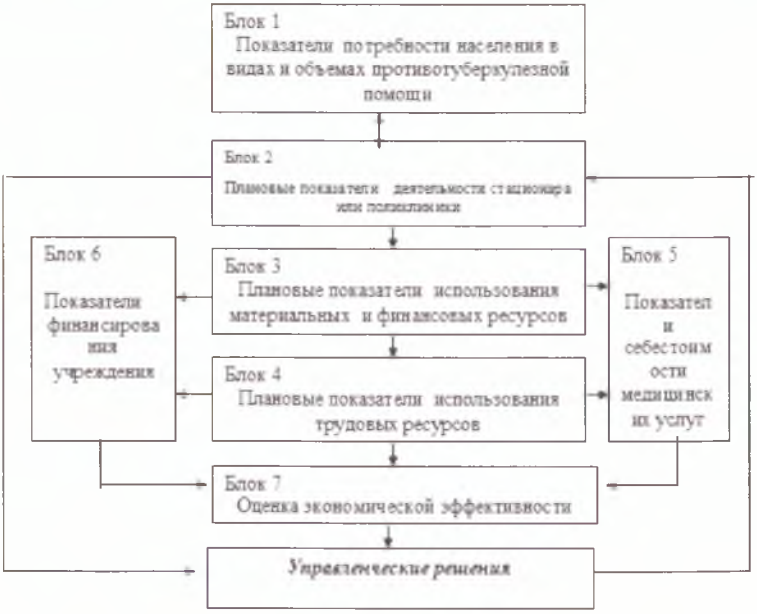


***Рисунок 2.1**. Планово-экономическая модель противотуберкулезного учреждения (стационар / поликлиника)*

На данном этапе необходимо привести в соответствие реальный спрос населения на медицинские услуги и предложение со стороны лечебно-профилактических учреждений за счет изменения организационной макроструктуры здравоохранения, отраслей здравоохранения и отдельных учреждений.

Однако следует отметить, что в условиях бюджетного дефицита и жесткого ограничения тарифов на медицинские услуги невозможно добиться равновесия между спросом, предложением и ценой на медицинские услуги. Подобная ситуация является толчком для развития негосударственного сектора здравоохранения.

Блоки 3 и 4 характеризуют плановую эффективность использования производственных ресурсов (материальных, финансовых и трудовых) в расчете на одного пролеченного больного в стационаре и одно посещение в поликлинике.

Блоки 5 и 6 отражают плановую себестоимость медицинских услуг и плановый объем финансирования ЛПУ.

Блок 7 характеризует эффективность деятельности здравоохранения, ее отраслей, отдельных учреждений и подразделений по формуле: затраты/результат.

На основе анализа эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений принимаются альтернативные управленческие решения, направленные на повышение эффективности деятельности органов здравоохранения (рис.2.2).

***Рис. 2.2**. Схема взаимоотношения спроса, предложения, ценообразования и оценки эффективности оказания медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения, финансируемых из бюджета и ФОМС*

***Таблица5.** Планово-экономическая модель ЛПУ (на примере противотуберкулезного учреждения)*

Наименование блока	Показатели синтетические	Показатели аналитические
Блок 1 – показатели спроса населения на медицинские услуги: – стационар; – поликлиника	1. уровень госпитализации (на все население); 2. уровень госпитализации (на 1000 больных); 3. показатель посещаемости	уровень госпитализации взрослых больных туберкулезом; уровень госпитализации детей и подростков; уровень госпитализации по профилям отделений (терапевтическое, детское, хирургическое, внелегочного туберкулеза и пр.); уровень госпитализации на койки интенсивной терапии; уровень госпитализации на медико-социальные койки; уровень госпитализации на койки дневного пребывания; показатель посещаемости взрослых больных туб-зом;

		показатель посещаемости детей и подростков, больных туберкулезом; показатель посещаемости с профилактической целью у взрослых; показатель посещаемости с профилактической целью у детей и подростков
Блок 2 - плановые показатели предложения противотуберкулезной помощи: • стационар; • поликлиника	1. обеспеченность населения стационарными койками; 2. обеспеченность населения врачами-фтизиатрами; 3. численность пролеченных больных; 4. количество посещений	численность больных с "эффективно законченным случаем", "без перемен", с "прогрессированием туберкулеза", "летальным исходом"; общая численность койко-дней; средняя занятость койки в году; средняя длительность пребывания больного в стационаре; оборот койки; процент использования коечного фонда; средняя численность больных по категориям 1.1; 1.2; 1.3; 1.4 для лечения туберкулеза органов дыхания; численность посещений; количество посещений на одного больного; общая численность лиц, состоящих на диспансерном учете; численность больных с клиническим излечением; количество посещений у больных с клиническим излечением; средняя численность лиц по категориям 1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 4 для превентивной терапии
Блок 3 - показатели использования материальных и финансовых ресурсов	1. общая ресурсоемкость; 2. фондоотдача; 3. фондо-емкость	нормативы потребления каждого противотуберкулезного препарата по категориям больных для лечения и превентивной терапии; стоимостной норматив пролеченного больного по доходам; стоимостные нормативы одного койко-дня по доходам; стоимостные нормативы на больного с клиническим излечением по доходам; стоимость одного посещения по доходам
Блок 4 - показатели использования трудовых ресурсов	общая трудоемкость; производительность труда	трудоемкость одного законченного случая в стационаре; трудоемкость одного эффективно законченного случая в стационаре; производительность труда на один законченный случай в стационаре;

		производительность труда на один эффективно законченный случай в стационаре; трудоемкость общая в поликлинике; трудоемкость на одного больного с эффективно законченным случаем в поликлинике; трудоемкость на одно посещение; производительность труда в поликлинике общая; производительность труда в поликлинике на эффективно законченный случай
Блок 5 - показатели себестоимости медицинской услуги	Себестоимость медицинской услуги	стоимостные нормативы питания на один койко-день; стоимостные нормативы на один койко-день на медикаменты и перевязочные средства; стоимостные нормативы на канцелярские товары; стоимостные нормативы на мягкий инвентарь; стоимостные нормативы по заработной плате и начислениям на з/плату
Блок 6 – показатели финансирования учреждения	Общий объем финансирования учреждения	Финансирование по условно-переменным и условно-постоянным статьям бюджетной классификации
Блок 7 - показатели экономической эффективности в стационаре и поликлинике	Экономическая эффективность в стационаре и поликлинике	показатели эффективности использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов на пролеченных больных и больных с "эффективно законченным случаем", на один койко-день; показатели эффективности использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов на одно посещение, на больных с эффективно законченным случаем в поликлинике

Примечание: *в таблице представлены нормативы, соответствующие сложившейся системе бюджетного финансирования ЛПУ.*

На четвертом этапе системного экономического анализа определяются основные взаимосвязи между отдельными блоками, показателями и факторами производства. Знание факторов производства, их взаимосвязей, умение определять их влияние на отдельные показатели производственной деятельности позволяют воздействовать на уровень производства посредством управления факторами.

Так, для блока 7 входными будут синтетические показатели блоков 2,3,4,5 и 6, которые характеризуются численностью пролеченных больных, количеством посещений, ресурсоемкостью, трудоемкостью и

производительностью труда, а также себестоимостью медицинских услуг и в итоге общим объемом финансирования.

Таким образом, в системе здравоохранения в настоящее время на виды, объемы и качество медицинских услуг оказывает воздействие комплекс факторов производства, включающих основные производственные фонды, оборотные средства (блок 3), трудовые ресурсы (блок 4), себестоимость медицинских услуг (блок 5).

В этой связи возникает необходимость в систематизации и классификации факторов производства, которые воздействуют на отдельные или ряд показателей и в конечном итоге определяют экономическую эффективность. Поэтому знание факторов производства, умение определять их влияние на принятые показатели эффективности позволяет воздействовать на уровень показателей посредством управления данными факторами и в конечном итоге создать механизм поиска резервов.

Факторы производства, которые определяют экономическую эффективность противотуберкулезных учреждений, можно классифицировать следующим образом (рис. 2.3).

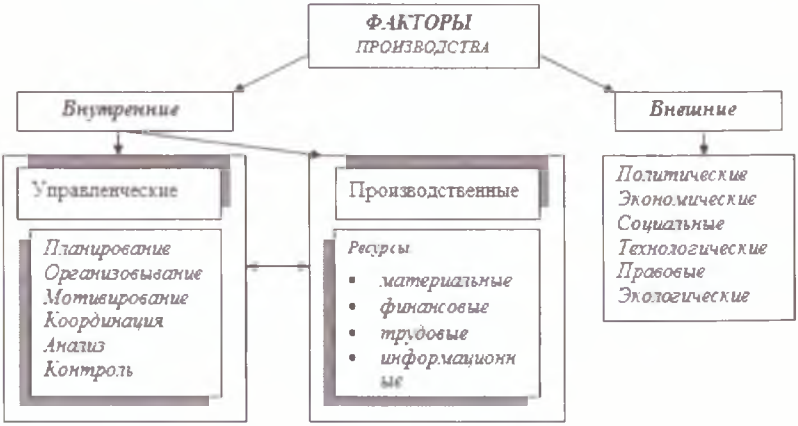


Рис.2.3. Блок-схема классификации факторов, определяющих эффективность деятельности ЛПУ

Из рисунка следует, что на деятельность ЛПУ оказывают влияние внешние и внутренние факторы. Так, внешние экономические факторы в территориях в части снижения наполняемости бюджета сопровождаются и уменьшением объема финансирования учреждений здравоохранения. Социально-экономические и экологические проблемы способствуют росту заболеваемости туберкулезом и увеличению потребности в ресурсах на оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом.

Недостаток внутренних производственных и финансовых ресурсов может негативно отразиться на нормативах потребления противотуберкулезных препаратов, стоимостных нормативах одного койко-дня, пролеченного больного, посещения и пр. Дефицит трудовых ресурсов приведет к росту трудоемкости медицинской услуги и снижению производительности труда. Недостаток всех видов ресурсов может привести к снижению качества и эффективности медицинских услуг.

Недостаток внутренних управленческих факторов производства в части планирования может привести к несоответствию реального спроса населения на медицинские услуги и предложения со стороны ЛПУ, недостатку финансирования; в части организовывания - может привести к несоответствию спроса населения на медицинские услуги и структуре лечебно-профилактических учреждений и т.д.

В то же время, очевидно, что сами ЛПУ не могут оказывать влияние на внешние политические, социальные, экономические и пр. воздействующие факторы. Поэтому в своей работе ЛПУ целесообразно сосредоточиться на внутренних управленческих и производственных факторах.

В целом следует отметить, что классификация факторов, определяющих экономические показатели, является основой классификации резервов.

В системе бюджетного здравоохранения, в том числе в противотуберкулезной службе, можно выделить два основных вида резервов:

– Рациональное использование ресурсов при существующей системе производства медицинских услуг.

– Интенсификация и повышение эффективности производства медицинских услуг.

Исходя из рисунка 2.3., классификацию резервов преимущественно интенсивного развития здравоохранения и противотуберкулезной службы можно представить следующим образом:

Совершенствование системы управления производством медицинских услуг:

– совершенствование планирования;
– совершенствование организации;
– совершенствования мотивирования персонала;
– совершенствование координации;
– совершенствование экономического анализа;
– совершенствование контроля.

Совершенствование производства медицинских услуг:

– совершенствование использования материальных ресурсов;
– совершенствование использования трудовых ресурсов;
– совершенствование использования финансовых ресурсов;
– совершенствование использования информационных ресурсов.

Анализ противотуберкулезной службы на пример. Хабаровского края свидетельствует о том, что в настоящее время имеется достаточная

производственная база, включающая коечный фонд, обеспеченность врачебными кадрами, противотуберкулезные препараты.

Поэтому резервы повышения эффективности противотуберкулезной службы следует искать в области совершенствования механизма управления отраслью, т.е. эффективного использования имеющихся ресурсов.

Приоритетами в части *планирования* следует считать:

- Определение объемов медицинской помощи не от мощности учреждения, а от ***реального*** спроса населения в стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.
- Создание эффективной системы контроля, разработка и мониторинг минимальных социально-экономических нормативов.
- Использование в планировании системы количественных и качественных натуральных, стоимостных и трудовых нормативов в их абсолютном и относительном выражении, нацеленных на интенсивное развитие учреждений и достижение экономической эффективности.
- Интеграция в ЛПУ различных источников финансирования.

Приоритетным в части *организации* является:

- Создание оптимальной модели управленческой и производственной структуры органов управления здравоохранением и субъектов хозяйствования.
- Реструктуризация противотуберкулезной службы в части адаптации структуры противотуберкулезных учреждений к потребностям населения в противотуберкулезной помощи. Например, разделение коечного фонда на койки интенсивной терапии и койки для медико-социальной помощи, создание стационаров дневного пребывания, внедрение стационар замещающих технологий, децентрализация и расширение показаний для амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом.
- Внедрение стандартных безопасных ресурсосберегающих технологий в соответствии с уровнями оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Приоритетным в части *мотивирования* является:

- Внедрение стимулирующих форм оплаты труда, методов социального стимулирования.
- Изменение системы оплаты труда персонала, основанной на системе показателей, включающих интенсивность, сложность, качество и эффективность труда.
- Повышение квалификации специалистов.

Приоритетным в части *контроля* является:

- Внедрение реальной экономической ответственности руководителей ЛПУ за объемы, качество и эффективность медицинской помощи.
- Регулирование закупок дорогостоящих технологий.
- Государственное регулирование цен на жизненно необходимые лекарственные средства и оборудование.
- Совершенствование системы внутри- и вневедомственного контроля за объемом и качеством оказания медицинской помощи.

Приоритетным в части *анализа* является:

- Разработка системы натуральных, стоимостных и трудовых нормативов, характеризующих экономическую эффективность лечебно-профилактических учреждений.

Реализация предложения возможна на основе учета следующих положений:

- система противотуберкулезной помощи населению представляет собой единый технологический процесс, ранжированный по уровням оказания медицинской помощи, обеспечивающий гарантии гражданам на медицинское обслуживание;
- сочетание технологического цикла с экономической целесообразностью позволяет эффективно использовать ресурсы противотуберкулезной службы;
- создание эффективной системы экономического анализа и планирования позволяет сохранить необходимый объем противотуберкулезной помощи населению.

В заключительной части четвертого этапа осуществляется поиск резервов эффективности управленческой и производственной деятельности ЛПУ и принимается управленческое решение.

На пятом этапе экономического анализа строится модель всего здравоохранения, отрасли, конкретного учреждения или его подразделения на основе информации, полученной на предыдущих этапах. В модель вводят конкретные данные и получают параметры модели в числовом выражении.

Завершающий шестой этап экономического анализа представляет собственно работу с моделью. Этап включает в себя объективную оценку результатов хозяйственно-финансовой деятельности и поиск резервов повышения эффективности деятельности всего здравоохранения, его отраслей и отдельных лечебно-профилактических учреждений.

В целом методика комплексного экономического анализа должна содержать следующие элементы:

- определение целей и задач экономического анализа;
- совокупность синтетических и аналитических нормативов;
- схему и последовательность проведения анализа;
- источники информации;
- способы обработки информации;
- способы и методы экономического анализа;
- порядок оформления результатов экономического анализа и их оценку;
- управленческий анализ.

Состав и последовательность экономического анализа в противотуберкулезных учреждениях можно представить следующим образом:

- Анализ обобщающих показателей, характеризующих реальный спрос населения на противотуберкулезную стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь (блок 1).
- Анализ обобщающих показателей, характеризующих реальное предложение противотуберкулезных учреждений, позволяющее удовлетворить

спрос потребителей в видах и объемах противотуберкулезной помощи на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах (блок 2).

- Анализ натуральных и стоимостных показателей использования материальных и финансовых ресурсов (блок 3).
- Анализ использования трудовых ресурсов (блок 4).
- Анализ себестоимости медицинских услуг (блок 5).
- Анализ финансового обеспечения (блок 6).
- Анализ эффективности деятельности хозяйствующих субъектов (блок 7)
- Принятие управленческих решений.

В лечебно-профилактических учреждениях организацию и координацию экономического анализа осуществляют заместитель по экономическим вопросам и главный бухгалтер.

Контрольные вопросы:

1. Назовите шесть этапов системного экономического анализа деятельности ЛПУ?
2. Планово-экономическая модель на примере противотуберкулезного учреждения.
3. Факторы производства на экономическую эффективность противотуберкулезных учреждений.
4. Совершенствование системы управления производством медицинских услуг.
5. Перечислите о приоритетах в части планирования в медицинских учреждениях.
6. Элементы содержащие при методика комплексного экономического анализа.

10.5 Принцип рынка структуризации коллектива медицинских учреждений

- Группировка работников по профессиональным знаниям и навыкам (профессиональная структура)
- Группировка работников по функциональным признакам (функциональная структура)
- Группировка работников по видам производимой продукции (предметная структура)
- Группировка работников по технологическому признаку (технологическая структура)
- Группировка работников по сегментам рынка потребления производимой продукции (потребительская структура)
- Группировка работников по местонахождению (дивизиональная структура)

- Группировка сотрудников по их участию в одном проекте (временная организационная структура)

Управленческая структура

Иерархическая структура подчинения на базе единоначалия (линейная структура управления)

Иерархическая структура подчинения на базе единоначалия со специальными подразделениями для подготовки решений (линейно-штабная структура)

Структура подчинения по функциональной иерархии (функциональная структура)

Структура двойного линейного и функционального подчинения (линейно-функциональная структура)

8. Стратегия реструктуризации

Организационно-технологическая реструктуризация в ЛПУ

Перегруппировка технологических операций по территориальному признаку

Перегруппировка операций по составу преобразуемых ресурсов

Перегруппировка операций по технологическому признаку

Перегруппировка операций по продуктовому признаку

Вторичная перегруппировка по горизонтальному признаку

Вторичная перегруппировка по вертикальному признаку

Смешанная перегруппировка

Организационно-управленческая реструктуризация

Перегруппировка функций управления по характеру их реализации (переход к функциональной структуре)

Перегруппировка управленческих функций по продуктовому признаку (переход к дивизиональной структуре)

Переход к смешанной группировке управленческих функций (переход к комбинированной структуре)

Реструктуризация прав и ответственности подразделений

Формирование группы нехозрасчетных подразделений, выполняющих задания руководства предприятия

Формирование группы хозрасчетных и финансируемых за счет предприятия подразделений

Формирование «центров финансовой ответственности» (самофинансируемых и самоуправляемых подразделений)

Выделение подразделений (создание, привлечение) в качестве дочерних и зависимых предприятий

Выделение подразделений (создание, привлечение) в качестве самостоятельных предприятий, связанных с данным интеграционными отношениями

Реструктуризация активов в ЛПУ

Освобождение предприятия от неиспользуемых активов

Сохранение на предприятии и поиск способов эффективного применения неиспользуемых в настоящее время активов

Реструктуризация коллектива

Сохранение не полностью загруженного коллектива

Приведение состава коллектива в соответствие с существующей в настоящее время потребностью

Автономность реструктуризации

Самостоятельное осуществление предприятием реструктуризации

Согласованное осуществление реструктуризации с группой территориально близких предприятий

Согласованное осуществление реструктуризации с группой предприятий данной отрасли

Согласованное осуществление реструктуризации с группой предприятий-смежников

Включение приведенных в данном перечне элементарных стратегических вариантов в целостную стратегию предприятия, разумеется, не может осуществляться произвольно. В конкретной социально-экономической ситуации можно говорить об оптимизации состава и выбора вариантов стратегии предприятия. На основе данного перечня для каждого конкретного бизнеса должна быть сформирована, обсуждена и принята своя, специфичная для этого бизнеса, комплексная стратегия, учитывающая как особенности отечественной макроэкономической ситуации, так и состояние отраслевого и регионального окружения предприятия, а также его внутренний потенциал. Вместе с тем формирование стратегии не может быть полностью поручено каким бы то ни было внешним консультантам, а должно вырабатываться руководством, коллективом, собственниками предприятия с помощью консультантов, их опыта, знаний, методических навыков и т.п.

Задачи стратегического планирования

Планирование необходимо для достижения организацией следующих целей:

повышение контролируемой доли рынка

предвидение требований потребителя

выпуск продукции более высокого качества

обеспечение согласованных сроков поставок

установление уровня цен с учетом условий конкуренции

поддержание репутации организации у потребителей.

Задачи планирования определяются каждой организацией самостоятельно в зависимости от деятельности, которой она занимается. В целом же задачи стратегического планирования любой организации сводятся к следующему:

1. Планирование роста прибыли.
2. Планирование издержек организации, и, как следствие, их уменьшение.
3. Увеличение доли рынка, увеличение доли продаж.
4. Улучшение социальной политики организации.

Контрольные вопросы:

1. Принцип рынка структуризации коллектива медицинских учреждений.
2. Стратегия реструктуризации.
3. Элементы методика комплексного экономического анализа.
4. Реструктуризация активов в ЛПУ.
5. Организационно-технологическая реструктуризация в ЛПУ
6. Принцип рынка структуризации коллектива медицинских учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом подводить итогов данного научного труда особенно сложно в условиях, когда в Казахстане еще нет стабильности и процесс перехода на медицинское страхование не только не закончен, но и вообще нет уверенности, что он произойдет.

По нашему мнению, несмотря на все необходимые и правильные слова о социальной защите пациентов, все-таки главным в медицинском страховании является движение денег, личный интерес, прибыль и другие понятия рынка.

Однако, в условиях современной системы медицинского страхования рынок в здравоохранении заставит власти начать серьезную работу по медицинскому страхованию, внедрение которого потребует перестройки всей системы управления здравоохранением, оказывающего существенное влияние на экономику страны. Величина прямых затрат на медицинскую помощь является лишь частью продукции, потерянной в связи с заболеваемостью, нетрудоспособностью и преждевременной смертью.

Это свидетельствует о значении повышения эффективности использования средства в здравоохранении.

Внедрение медицинского страхования приведет к существенному изменению политики инвестиций в области здравоохранения. Можно предположить следующие тенденции развития здравоохранения:

– больницы превратятся в центры общественного здоровья, где будет обеспечиваться полный объем медицинской помощи - от ранней профилактики до реабилитации пациента;

– больницы приобретут статус интегрированного регионального комплекса медицинской помощи с высшей медицинской школой в центре и одной или несколькими клиниками;

– произойдет замедление строительства новых больниц, будут осуществляться модернизация и реконструироваться старые системы здравоохранения;

– усилится концентрация сопутствующих специалистов здравоохранения особенно в системе медицинского страхования.

Это означает, что постепенно медицина в нашей стране встанет на новые рельсы. Результатом всего этого должно стать улучшение уровня медицинского страхования населения.

Для этого необходимо провести дальнейшие экономические и финансовые механизмы такие как:

1. Общественная подотчетность между медицинских услуг и населения;
2. Солидарная ответственность за здоровья со стороны государства, гражданина и работодателя;
3. Оплата только за качественный результат медицинских услуг
4. Так как сфера здравоохранения является одним из секторов экономики и политики, финансирования и политика полностью должны определятся государством.

5. Вся оплата оказания качественной медицинской помощи и услуг медицинского страхования должны определиться и финансироваться из государственной казны, через открытых счетов Фонда ОСМС.

6. Для достижения внедряемой цели качественной медицинской помощи и услуг в условиях рыночной экономики медицинского страхования, система здравоохранения должны взаимодействовать с системой образования, социального развития населения и в целом производственных субъектов народного хозяйства в сфере экономики страны.

7. Внедрение социально-экономической политики, экономичность ресурсосберегающей технологии, экономная бережливость здравоохранении, технология и безопасность в работе самих медицинских персоналов,

8. Открытость и информированность населения и их медицинская, санитарно-гигиеническая образованность,

9. Свободный выбор поставщика качественных медицинских услуг,

10. Стандартизация и аккредитация медицинских организаций,

11. Осуществление механизмов внешней оценки деятельности медицинских организаций.

Особенно в условиях обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) необходимо координация стандартов на национальном уровне и разработать алгоритмы последовательности, интеграции с целью экономии средств и получения надежности в здравоохранении. Например, в условиях ОСМС предполагается государственно-частное партнерство государственно частных предприятии (ГЧП), в следствии чего имеем интеграцию, экономию и эффективности.

В целях совершенствования системы управления качеством медицинской помощи в условиях ОСМС, необходимо создать Национальную Программу Аккредитации и в нем рассмотреть возможность создание своей программы аккредитации по клинической базе, таких как: ИБС, онкология эндокринология.

При внедрении ОСМС и его фонда будет регулирующим центром и является перспективным инструментом для достижения высокой цели медицинских услуг. На современно уровне здравоохранения ключевой целью должны быть гарантия безопасности и качества медицинских услуг и ее доступность всему населению страны.

Из опыта зарубежных стран видно, что стандарты аккредитации дорогостоящий и трудоемкий процесс в клинической базе здравоохранение, поэтому необходимо принять такие модели, которые соответствуют с условиями развития медицинской системы эффективными стандартными требованиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаменко, Е. И. Факторы риска неинфекционных заболеваний Республике Казахстан / Е. И. Адаменко //Актуальные вопросы кардиоло-гии и внутренних болезней: сб. науч. тр. – Минск : БГМУ, 2013. – С. 17–21.

2. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Казахстан» на 2016–2020 годы [Электронный ре-сурс] : постановление Совета Министров Респ. Казахстан, 18 мар. 2016 г., № 200 // Официальный сайт Правительства Республики Казахстан. – Режим доступа: http://www.government.by/upload/docs/filecdf0f8a76b95e004.PDF –

3. Дата доступа: 10.01.2017.

4. Гулицкая, Н. И. Состояние заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Республике Казахстан: тенденции и медико-социальное значение / Н. И. Гулицкая, Т. Н. Глинская // Вопросы орга-низации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 4. – С. 36–39.

5. Демографический ежегодник Республики Казахстан: стат. сб.. –

6. Минск: Национальный статистический комитет Республики Казахстан,

7. 2014. – 412 с.

8. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы

9. в Казахстане за 1990–2014 годы / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред.

10. Г. Суконко. – Минск : ГУ РНМБ, 2016. – 415 с.

11. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Казахстан от 18 июня 1993 г. № 2435-XII : с изм. и доп. от 21 окт. 2016 г. № 433-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Казахстан. – Ре-жим доступа: http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435. – Дата доступа: 10.01.2017.

12. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : За-кон Респ. Казахстан от 7 янв. 2012 г. № 340-З : с изм. и доп. от 30 июн. 2016 г. № 387-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Казахстан. – 2012. –

13. № 8. – 2/1892.

14. О государственных минимальных социальных стандартах : Закон Респ. Казахстан от 11 ноября 1999 г. № 322-З : с изм. и доп. от 24 дек. 2015 г. № 331-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Казахстан. – 1999. –

15. № 11. – 2/97.

a. Здоровье населения Республики Казахстан 2009–2013: стат. сб. –

16. Минск: Национальный статистический комитет Республики Казахстан,

17. 2014. – 218 с.

18. Здравоохранение Республики Казахстан: прошлое, настоящее и будущее / В. И. Жарко [и др.]. – Минск : Минсктиппроект, 2012. –320 с.

19. Здравоохранение в Республике Казахстан : официальный стат. сб. за 2015 г. – Минск: ГУ РНМБ. –2016. – 278 с.

20. Калинина, Т. В. Рождаемость населения как важнейшая характеристика общественного здоровья / Т. В. Калинина // Вопросы органи-зации и информатизации здравоохранения. – 2008. – № 3. – С.3–7.

21. Калинина, Т. В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья / Т. В. Калинина,

22. В. Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 4–9.

23. Камалов, А. А. Важная составляющая показателей здоровья нации / А. А. Камалов // Социология. – 2009. – № 2. – С. 65–69.

24. Конституция Республики Казахстан: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. –Алматы: Нац. центр правовой информ. Респ. Казахстан, 2016. – 62 с.

25. Порада, Н. Е. Конспект лекций по курсу специализации «Частная эпидемиология»: Эпидемиология неинфекционных болезней: учеб. пособие / Н. Е. Порада. – Минск: МГЭУ им. А. Д. Сахарова, 2012. – 52 с.

26. Лисицын, Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции / Ю. П. Лисицин. – М.: Медицина. – 1992. – 512 с.

27. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение /

28. П. Лисицин, Н. В. Полунина. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.

29. О порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории ханты-мансийского автономного округа утвержденное Решением окружной комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги от 29 января 2009 года №45.

30. Постановление Правительства Республики Казахстан «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Республики Казахстан бесплатной медицинской помощи на 2010 год» от 02 октября 2009 года №811

31. Постановление Правительства РК «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Республики Казахстан бесплатной медицинской помощи на 2009 год» от 05 декабря 2008 года №913

32. Постановление Правительства РК «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей» от 31.12.2004. №911.

33. Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Об окружной комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги» от 14 января 2009 года №3-П

34. Авксентьев, В. Дать всем все бесплатно нельзя / В. Авксентьев, А. Цыганов, Л. Шолпо // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2007. – №4. – с. 48–53.

35. Александрова, О.Ю. Организационно-правовые проблемы реализации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования / О.Ю. Александрова В.В. Мадьянова А.П. Столбов // Здравоохранение. – 2009. – №9. – с. 157–164.

36. Архипов, А.П. Страховое дело: учебно-методический комплекс / А.П. Архипов, А.С. Адонин. – М.:Изд.центр ЕАОИ, 2008. – 424 с.

37. Аюшиев, А.Д. Развитие системы финансирования лечебно-профилактических учреждений / А.Д. Аюшиев // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. -2005. – №18. – С. 9–16.

38. Бабич, А.М. Государственные и муниципальные финансы / А.М. Бабич, Л.Н. Павлова. – М.: – ЮНИТИ. – 2002. – 687 с.

39. Балабанов, И.Т. Страхование / И.Т. Балабанов, А.И. Балабанов. – СПб: Питер. – 2003.-256 с.

40. Бевеликова Н.М. Правовой мониторинг в сфере здравоохранения / Н.М. Бевеликова // Медицинское право. – 2008. – №4. – с. 3–9.

41. Габуева Л.А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения / Л.А. Габуева, Н.Д. Захарченко, В.Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2009. – №10. – С. 5–15.

42. Гвозденко А.А. Страхование: учеб. / А.А. Гвозденко – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект. – 2006. – 464 с.

43. Дробозина Л.А. Финансы. Денежное обращение. Кредит / Л.А. Дробозина, Л.П. Окунева, Л.Д. Андросова. – М.: Финансы. – 1999. – 476 с.

44. Зенина Л.А. Экономика и управление в здравоохранении / Л.А. Зенина. – М.: издат. центр «Академия», 2008. -205 с.

45. Иванова М.С. Финансирование системы здравоохранения / М.С. Иванова // Законодательство и экономика. -2003. – №12.-с. 78–83.

46. Князева Е.Г. Страхование как общественная категория. Метод. материал. / Е.Г. Князева. – Екатеринбург, «Уралсистем-консалтинг». – 1993.-198 с.

47. Коломин Е.В. О социальных приоритетах развития страхования / Е.В. Коломин // Финансы. – 2008. – №9.-с. 58–61.

48. Комаров Ю.М. Стратегия развития здравоохранения в РК / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. – 2008. – №2. – с. 53–62.

49. Лопатенков Г.Я. Медицинское страхование и платные услуги / Г.Я. Лопатенков. – Издательство BHV-Санкт-Петербург: – 2005 г. – 160 с.

50. Мамедова С. Основные системы финансирования здравоохранения / С. Мамедова // Финансы. -2005. – №4. – с. 68–70.

51. Панков Д.А. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций: учебное пособие / под общ. ред. Д.А. Панкова, Е.А. Головковой. – 2-е изд., испр. – М.: Новое знание, 2003. – 409 с.

52. Рейхарт Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития / Д.В. Рейхарт // Обязательное медицинское страхование в Республики Казахстан. – 2008. – №5. – с. 22–29.

53. Соловьев, А.К. Проблемы развития государственного страхования в условиях переходной экономики / А.К. Соловьев // Вестник ПФР – 2003. – №2. – с. 31–48.

54. Сплетухов Ю.А. Страхование: учеб. пособие / Ю.А. Сплетухов, Е.Ф. Дюжиков. – М.: ИНФРА-М. – 2006. – 311 с.

55. Татарников М.А. Краткий обзор экономических реформ Казахстанского здравоохранения / М.А. Татарников // Экономика здравоохранения. – 2006. – №2. – с. 30–35.

56. Теоретические и финансово-организационные основы медицинского страхования / В.Г. Климин Е.Г. Князева. // Известия УрГЭУ 2007. – №1.

57. Федорова, Т.А. Страхование / Под ред. Т.А. Федоровой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Экономистъ. – 2003. – 875 с.

58. Финансы бюджетных организаций: Учебник / [под ред. Проф. Г.Б. Поляка]. – М.: Вузовский учебник. – 2007. - с. 362.

59. Финансы, денежное обращение и кредит. / под ред. М.В. Романовского, О.В. Врублевской – М.: Юрайт-Издат. – 2006.-543с.

60. Финансы: учеб. – 2-е изд. / [под ред. В.В. Ковалева]. – М.: ТК Велби, изд-во Проспект. – 2006.-528 с.

61. Направления эффективного функционирования национальной социально ориентированной системы здравоохранения Республики Беларусь // И. В. Малахова [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – № 2. – С. 3–10.

62. Республиканская научно-практическая конференция, посвящ. 90-летию здравоохранения Республики Казахстан: материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию здравоохранения Республики Беларусь, 19 июня 2009 г. [ред-кол. В. И. Жарко и др.]. – Минск : БелМАПО, 2009. – 786 с.

63. Порада, Н. Е. Методика изучения заболеваемости: учеб.-метод. пособие к практ. занятиям по курсу специализации «Общественное здоровье и здравоохранение» /

64. Н. Е. Порада. – Минск: МГЭУ им. А. Д. Сахарова, 2010. – 32 с.

65. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник /

66. В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.

67. *Altenstetter Ch.* Europe beyond 1992: implications for national health policies and delivery system// International Social Security Review. Geneva, 1990. N3.

68. *Blendon R.* The public's view on the future of health care. JAMA, 1988. Vol.259. P.3588-3601.

69. *Chassin M.* Standarts of care in medicine. Inquiry, 1988. Vol.25, P.437-453.

70. *Culler A.* Cost containment in Europe// I llth Care Fin Rev. (Ann. Suppl.), 1989, P.21-32.

71. *De Pouvourville G., Renand M.* Hospital System Managment in France and Canada // Social Science and Medicine. 1985. N 2. P. 157.

72. *Delrno L.K.* Measuring Health Care Effectiveness. Research and Policy Implications. Int.J. Technol. Ass. HIth Care. 1990. Vol.6. P.288-294.

73. *Enilwven A.* What can Europeans learn from Americans?// HIth Care Fin. Rev. (Ann. Supll.). 1989. P.49-63.

74. *Ginzherg E.* Health care reform - why so slow? N.Engl.I.Med. 1990. Vol.322. P.1464-1466.

75. *Closer W.* Health Insurance in Practice. Sail Fransisco, 1991.

76. *Glaser W.* Paying the Hospital. San Fransisco, 1987.

77. *Glaser W.* The politics of paying american physicians. HIth Affairs, 1989. Vol.8. P. 129-146.

78. *Green A., Harrison S.* Efficiency - perversity in hospital services. HIth services. 1991. Vol.85. P.134-136.

79. *Gyrnick M., Creenherg ./., Eggers P.* et al. Twenty years of Medicare and Medicaid: Covered population, use of benefits and programm expenditures// HIth Care Fin. Rev. (Ann. Suppl.), 1985. P. 13-59.

80. *Holahan J., Dor A., Zuckerman S.* Understanding the recent growth in Medicare physician expenditures. JAMA, 1990.Vol.263. P.1658-1661.

81. *Jonsson B.* What can Americans learn from Europeans? HIth Care Fin. Rev. (Ann. Suppl.). 1989. P.79-93.

82. *Kirchgassler K.-U.* Health and Social inequities in the Federal Republic of Germany// Soc. Sc. Med. 1990. Vol.31. P.249-256.

83. *Kirkman-LiffB. Cost* containment and physician payment methods in the Netherlands. Inquiry, 1989. Vol.26. P.468-482.

84. *Kirkman-Liff B., Van den Ven W.* Improving efficiency in the Dutch health care system:

85. Current innovations and future options. HIth Policy, 1989. Vol.13. P.18-35.

86. *Lagasse R., Humblel P., Lenaerts A.* et al. Health and Social inequities in Belgium// Soc. Sc. Med. 1990. Vol.3 l.P.237-248.

87. *Lehmann P., Mamboury C., Minder C.* Health and Social inequities in Switzerland// Soc. Sci. Med. 1990. Vol.31. P.369 -386.

88. *Luce B.R., Elixhauser A.* Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies. Int. *1.*Technol. Ass. HIth Care. 1990. Vol.6. P.57-75.

89. *Nicholl J., Beedy N., Williams B.* Role of the private sector in elective surgery in Englend and Wales. Brit. mad. J. 1988. Vol.298. P.243-247.

90. Private health insurance in Europe: Updated documentation on its economic and social importance. 1990. N 6. June.

91. *Robinson M.* Hospital faced with declining. Part B. payments. Hospitals. 1989. Vol.63. P.22-25

92. *Ron A., Abel-Smith B.. Famhuri G.* Health insurance in developing countries. The Social Security Approach. JLO. Geneva, 1990. P.73-74.

93. *Roper W.* Financing health care: A view affairs. 1989. Vol.8. P.97-102.

94. *Russet L.* Providing care for the poor// Bull. Acad. Med. N.Y. 1990. Vol.66. P.50-54.

95. *Spruit J.* Health and social inequities in the Netherlands//Soc. Sci. Med. 1990. Vol.31. P.319-329.

96. *ToddJ.* At last, a rational way to pay for physicians services. JAMA, 1988. Vol.260. P.2439-2441.

97. *Van de Ven W.* How can we prevent cream Skimming in a competitive health insurance// European Economic Review. Sept. 1991.

98. *Weinstein M.C.* Principles of cost-effeclive resource allocation in health care organizations. Int. J. Technol. Ass. HIth Care. 1990. vol.6. P.93-103.

99. *Welch W.* The new structure of individual practice associations. J. HIth Politic, Policy and Law. 1987. Vol.12. P.723-739.

100. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. Мировой опыт ведения страхового дела. Материалы международного научного форума «Стратегия развития новой экономической политики» // Всесник КНУ: Серия 1 Социально-гуманитарные науки; Вып.2, Бишкек 2009

101. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. Страхование транспортных средств (на примере рынка РК) Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г.

102. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. Опыт страховой деятельности США на инновационном рынке экономики Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г.

103. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. Страховая деятельность Великобритании Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г.

104. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. Инновационное развитие страхового дела в Германии Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г.

105. Тинасилов М.Д Сактандыру ісінің каржылық негіздері (оқу құралы) Изд. КАзНТУ им. К.Сатпаева. Изд. Центр КазНТУ Алматы 2011.

106. Тинасилов М.Д. Муканов К.Н. ҚР-да сактандыру нарығының ағымдағы жағдайын бағалау және дамыту бағытын анықтау Международная научная конференция КазНУ им.Аль-Фараби 8-9 декабря 2011 г

107. Тинасилов М.Д. Уркумбаева А.Р., Баймолдаева М.Т. Инновация налоговой системы в ТС (на примере Беларусь, Казахстан и Россия). /Вестник КГУ им.Арабаева. г Бишкек. 2013

108. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Сактандыру ісінің негіздері. Изд. Центр КазНТУ Алматы. 2014.

109. Тинасилов М.Д. Уркумбаева А.Р., Баймолдаева М.Т. Управление наукоемкими проектами: теория, методология, практика. Изд. ТОО «Нур-Принг» Алматы. 2015

110. Тинасилов М.Д. Уркумбаева А.Р. Методология актуарных расчетов страховании в экономике. /Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. Типография «Maxprint» г.Бишкек 2017.

111. Тинасилов М.Д. Уркумбаева А.Р. Инновационная деятельность и оценка медицинской технологии Казахстана. /Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. Типография «Maxprint» г.Бишкек 2017.

112. Тинасилов М.Д. Уркумбаева А.Р. Инновация здравоохранения Республики Казахстан новой модели экономического роста. /Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» № 4 (18), 2017 Казахстанско-Российского медицинского университета, г.Алматы 2017

113. Тинасилов М.Д, Узакова С.А., Уркумбаева А.Р. Экономические и нормативно-правовые основы медицинского страхования в Республике

Казахстан. /Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» № 4 (18), 2017 Казахстанско-Россиского медицинского университета, г.Алматы 2017.

114. Парламент РК принял поправки, ранее внесенные Сенатом, о переносе сроков внедрения ОСМС (Обязательного социального медицинского страхования) на 2020 год г.Астана 13 декабря 2017 года.

115. Джайнабаев Н.Т, Тинасилов М.Д., Маншарипова А.Т. Научное обоснование эффективности здравоохранения в сфере экономики. /Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. Типография «Maxprint» г.Бишкек 2018.

116. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Цифровая экономика Казахстана дополнительный импульс технологической модернизации производства. /Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. Типография «Maxprint» г.Бишкек 2018.

Практические задания

Задание 1

Расчет цены медицинской услуги в стационаре с использованием «пошагового метода» определения затрат

Порядок выполнения задания:

1) Изучите учебный материал для выполнения задания, изложенный в разделе IV «Ценообразование в здравоохранении».

2) На основании имеющегося примера рассчитайте цену медицинской услуги в стационаре.

3) Результат вычислений представьте в письменном виде с обязательным использованием таблицы, предлагаемой в примере.

Вариант 1

Больница на 400 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 150 и 250 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 6 дней в отделении А и 10 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация

1. Затраты больницы по отделениям

Вспомогательное отделение Денежные единицы

Административная служба 1440

Столовая 475

Прачечная 350

Лечебные отделения

Отделение А 1450

Отделение В 1640

2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения

Административная служба количество сотрудников в отделениях

Столовая количество порций

Прачечная вес белья (в кг)

3. Штатный состав отделений

Административная служба 12

Столовая 6

Прачечная 7

Отделение А 30

Отделение В 35

4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)

Столовая 30

Отделение А 60

Отделение В 90

Вариант 2

Больница на 450 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 250 и 200 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 10 дней в отделении А и 12 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация

1. Затраты больницы по отделениям

Вспомогательное отделение Денежные единицы

Административная служба 1640

Столовая 575

Прачечная 380

Лечебные отделения

Отделение А 2450

Отделение В 2640

2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения

Административная служба количество сотрудников в отделениях

Столовая количество порций

Прачечная вес белья (в кг)

3. Штатный состав отделений

Административная служба 14

Столовая 8

Прачечная 7

Отделение А 35

Отделение В 30

4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)

Столовая 30

Отделение А 60

Отделение В 90

Вариант 3

Больница на 150 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 100 и 50 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 9 дней в отделении А и 12 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация

1. Затраты больницы по отделениям
Вспомогательное отделение Денежные единицы
Административная служба 640
Столовая 275
Прачечная 125
Лечебные отделения
Отделение А 1250
Отделение В 1440
2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения
Административная служба количество сотрудников в отделениях
Столовая количество порций
Прачечная вес белья (в кг)
3. Штатный состав отделений
Административная служба 10
Столовая 4
Прачечная 4
Отделение А 20
Отделение В 30
4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)
Столовая 10
Отделение А 20
Отделение В 30

Вариант 4

Больница на 120 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 70 и 50 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 10 дней в отделении А и 12 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация
1. Затраты больницы по отделениям
Вспомогательное отделение Денежные единицы
Административная служба 740
Столовая 230
Прачечная 120
Лечебные отделения
Отделение А 1150
Отделение В 1340

2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения
Административная служба количество сотрудников в отделениях
Столовая количество порций
Прачечная вес белья (в кг)
3. Штатный состав отделений
Административная служба 8
Столовая 3
Прачечная 2
Отделение А 15
Отделение В 12
4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)
Столовая 10
Отделение А 20
Отделение В 30

Вариант 5

Больница на 220 коек оказывает медицинскую помощь стационарным больным диагностических групп А и В. Количество коек в отделении А и В соответственно 120 и 100 коек. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 10 дней в отделении А и 12 дней в отделении В. Из вспомогательных отделений в больнице имеются административная служба, столовая и прачечная. Заполняемость отделений больницы – 100%. Рассчитать стоимость лечения в стационаре по отделениям.

Дополнительная информация
1. Затраты больницы по отделениям
Вспомогательное отделение Денежные единицы
Административная служба 840
Столовая 210
Прачечная 320
Лечебные отделения
Отделение А 1250
Отделение В 1310
2. Базовые единицы для каждого вспомогательного отделения
Административная служба количество сотрудников в отделениях
Столовая количество порций
Прачечная вес белья (в кг)
3. Штатный состав отделений
Административная служба 12
Столовая 5
Прачечная 4
Отделение А 25
Отделение В 22
4. Объем прачечных услуг (кг в неделю)
Столовая 10

Отделение А 30
Отделение В 20

Задание 2

Расчет ежемесячного норматива на финансирование программы ОМС

Порядок выполнения задания:

1) Изучите учебный материал для выполнения задания, изложенный в разделе II «Основы финансирования здравоохранения».

2) На основании имеющегося примера рассчитайте ежемесячный норматив на финансирование программы ОМС.

3) Результат вычислений представьте в письменном виде.

Вариант1

Рассчитать ежемесячный среднедушевой норматив средств на финансирование территориальной программы ОМС, если доля бюджетных средств ТФОМС, направляемая на финансирование территориальной программы ОМС составляет 0,75; размер страховых взносов, поступивших на счет в текущем месяце – 2445 млн. тенге., численность населения на данной территории – 12 млн. чел.

Вариант2

Рассчитать ежемесячный среднедушевой норматив средств на финансирование территориальной программы ОМС, если доля бюджетных средств ТФОМС, направляемая на финансирование территориальной программы ОМС составляет 0,82; размер страховых взносов, поступивших на счет в текущем месяце – 4155 млн. тенге., численность населения на данной территории – 21 млн. чел.

Вариант3

Рассчитать ежемесячный среднедушевой норматив средств на финансирование территориальной программы ОМС, если доля бюджетных средств ТФОМС, направляемая на финансирование территориальной программы ОМС составляет 0,90; размер страховых взносов, поступивших на счет в текущем месяце – 3255 млн. тенге., численность населения на данной территории – 25 млн. чел.

Вариант4

Рассчитать ежемесячный среднедушевой норматив средств на финансирование территориальной программы ОМС, если доля бюджетных средств ТФОМС, направляемая на финансирование территориальной программы ОМС составляет 0,78; размер страховых взносов, поступивших на

счет в текущем месяце – 2352 млн. тенге., численность населения на данной территории – 10 млн. чел.

Вариант5

Рассчитать ежемесячный среднедушевой норматив средств на финансирование территориальной программы ОМС, если доля бюджетных средств ТФОМС, направляемая на финансирование территориальной программы ОМС составляет 0,85; размер страховых взносов, поступивших на счет в текущем месяце – 2442 млн. тенге., численность населения на данной территории – 12 млн. чел.

Задание 3

Расчет основных статей расходов при определении тарифов ОМС

Порядок выполнения задания:

1) Изучите учебный материал для выполнения задания, изложенный в разделе IV «Ценообразование в здравоохранении».

2) На основании имеющихся примеров рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных».

3) Результат вычислений представьте в письменном виде.

Вариант 1

Рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных» стационара, если известны следующие данные:

1. имеются три лечебных отделения: терапевтическое, хирургическое и педиатрическое

Отделения	***Количество должностей по штатному расписанию***			***Среднемесячный должностной оклад, тенге.***		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия	3,5	10,5	8	2300	1200	800
Хирургия	7	17,25	12	3100	1300	950
Педиатрия	4,5	14	10,5	2300	1200	800

2. расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют:

Отделение	Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тенге./чел. в день
Терапия Хирургия Педиатрия	61,00 66,80 60,00

3. количество коек в терапевтическом отделении - 80, в хирургическом - 100, в педиатрическом отделении - 60;

4. расходы на приобретение отдельных продуктов питания:

Продукты питания	Количество продуктов в сутки, кг	Цена, тенге./кг
Хлеб	0,15	8,0
Масло сливочное	0,05	90,0
Картофель	0,4	25,0
Итого		

Вариант 2

Рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных» стационара, если известны следующие данные:

1.имеются три лечебных отделения: терапевтическое, хирургическое и педиатрическое

Отделения	Количество должностей по штатному расписанию			Среднемесячный должностной оклад, тенге.		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия Хирургия Педиатрия	4,5 7,5 4,5	12,5 17 14	8 11 10,5	2300 3100 2300	1200 1300 1200	800 950 800

2. расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют:

Отделение	Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тенге./чел. в день
Терапия Хирургия Педиатрия	61,00 66,80 60,00

3. количество коек в терапевтическом отделении - 70, в хирургическом - 110, в педиатрическом отделении - 60;

4. расходы на приобретение отдельных продуктов питания:

Продукты питания	Количество продуктов в сутки, кг	Цена, тенге./кг
Хлеб	0,15	8,0
Масло сливочное	0,05	90,0
Картофель	0,4	25,0
Итого		

Вариант 3

Рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных» стационара, если известны следующие данные:

1.имеются три лечебных отделения: терапевтическое, хирургическое и педиатрическое

Отделения	Количество должностей по штатному расписанию			Среднемесячный должностной оклад, тенге.		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия	3	10,5	8	2300	1200	800
Хирургия	7	15	11	3100	1300	950
Педиатрия	4	12	8	2300	1200	800

2. расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют:

Отделение	Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тенге./чел. в день
Терапия	61,00
Хирургия	66,80
Педиатрия	60,00

3. количество коек в терапевтическом отделении - 40, в хирургическом - 40, в педиатрическом отделении - 50;

4. расходы на приобретение отдельных продуктов питания:

Продукты питания	Количество продуктов в сутки, кг	Цена, тенге./кг
Хлеб	0,15	8,0
Масло сливочное	0,05	90,0
Картофель	0,4	25,0
Итого		

Вариант 4

Рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных» стационара, если известны следующие данные:

1.имеются три лечебных отделения: терапевтическое, хирургическое и педиатрическое

Отделения	Количество должностей по штатному расписанию			Среднемесячный должностной оклад, тенге.		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия	5,5	10,5	8,5	2300	1200	800
Хирургия	7,5	15	11,5	3100	1300	950
Педиатрия	4,5	12	10	2300	1200	800

2. расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют:

Отделение	Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тенге./чел. в день
Терапия	61,00
Хирургия	66,80
Педиатрия	60,00

3. количество коек в терапевтическом отделении - 60, в хирургическом - 40, в педиатрическом отделении - 40;

4. расходы на приобретение отдельных продуктов питания:

Продукты питания	Количество продуктов в сутки, кг	Цена, тенге./кг
Хлеб	0,15	8,0

Масло сливочное	0,05	90,0
Картофель	0,4	25,0
Итого		

Вариант 5

Рассчитайте статьи расходов: «Оплата труда», «Начисления на оплату труда», «Медикаменты и перевязочные средства», «Питание больных» стационара, если известны следующие данные:

1.имеются три лечебных отделения: терапевтическое, хирургическое и педиатрическое

Отделения	Количество должностей по штатному расписанию			Среднемесячный должностной оклад, тенге.		
	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал	врачи	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Терапия	6	15	8,5	2300	1200	800
Хирургия	12	17	12	3100	1300	950
Педиатрия	6	14	10,5	2300	1200	800

2. расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют:

Отделение	Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тенге./чел. в день
Терапия	61,00
Хирургия	66,80
Педиатрия	60,00

3. количество коек в терапевтическом отделении - 40, в хирургическом - 70, в педиатрическом отделении - 60;

4. расходы на приобретение отдельных продуктов питания:

Продукты питания	Количество продуктов в сутки, кг	Цена, тенге./кг
Хлеб	0,15	8,0
Масло сливочное	0,05	90,0
Картофель	0,4	25,0
Итого		

Задание 4

Расчет потребности во врачебных должностях для амбулаторно-поликлинических учреждений

Порядок выполнения задания:

1) Изучите учебный материал для выполнения задания, изложенный в разделе I «Основы экономики здравоохранения».

2) На основании имеющихся примеров рассчитайте потребность во врачебных должностях для амбулаторно-поликлинических учреждений (с использованием информационного материала, представленного в приложениях).

3) Результат вычислений представьте в письменном виде.

Вариант 1

Рассчитайте потребность в должностях врачей основных специальностей (терапевт, хирург, педиатр) для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 10 000 чел.

Вариант 2

Рассчитайте потребность в должностях врачей-специалистов (окулист, акушер-гинеколог, дерматовенеролог) для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 100 000 чел.

Вариант 3

Рассчитайте потребность в должностях врачей-специалистов (отоларинголог, стоматолог, невролог) для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 100 000 чел.

Вариант 4

Рассчитайте потребность в должностях врачей основных специальностей (терапевт, хирург, педиатр) для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 246 000 чел.

Вариант 5

Рассчитайте потребность в должностях врачей основных специальностей (терапевт, хирург, педиатр) и врачей-специалистов (окулист, стоматолог) для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 25 000 чел.

Задание 5

Расчет потребности в больничных койках для стационарных учреждений

Порядок выполнения задания:

1) Изучите учебный материал для выполнения задания, изложенный в разделе I «Основы экономики здравоохранения».

2) На основании имеющихся примеров рассчитайте потребность в в больничных койках для стационаров различного профиля (с использованием информационного материала, представленного в приложениях).

3) Результат вычислений представьте в письменном виде.

Вариант 1

В районе проживает 120 000 чел. Показатель рождаемости в отчетном году составил 14 на 1000 чел. Охват стационарным родовспоможением составляет 100%. Рассчитайте необходимую численностью коек в родильном доме.

Вариант 2

В районе проживает 700 000 чел. Показатель заболеваемости по терапевтическим нозологиям составил 400 на 1000 чел. Рассчитайте необходимую численностью коек в терапевтических отделениях больницы.

Вариант 3

В районе проживает 820 000 чел. Показатель хирургической заболеваемости составил 80 на 1000 чел. Рассчитайте необходимую численностью коек в хирургических отделениях больницы.

Вариант 4

В районе проживает 500 000 чел. Показатель инфекционной заболеваемости составил 10 на 1000 чел. Рассчитайте необходимую численностью коек в инфекционном отделении больницы.

Вариант 5

В районе проживает 15 000 чел. Показатель заболеваемости по терапевтическим нозологиям составил 460 на 1000 чел. Рассчитайте необходимую численностью коек в терапевтическом отделении больницы.

Приложение 1.

5 инициатив для модернизации здравоохранения в РК выдвинуты Минздравом Республики Казахстан

Министерство здравоохранения в рамках выполнения задач, поставленных перед системой здравоохранения в Послании Президента страны, определило для себя пять ключевых инициатив.

Первая инициатива - это интеграция системы здравоохранения вокруг нужд пациента, подразумевающая внедрение интегрированной системы оказания медицинской помощи в течение всего цикла, в том числе на уровне первичного/профилактического звена. Планируется принятие Национальной Программы развития медицины, здоровой и продолжительной жизни. Будут продолжены мероприятия по цифровизации и информатизации отрасли, упрощению правил прикрепления к поликлиникам, ведение ПУЗ на основе IT мониторинга.

Вторая инициатива - приведение стандартов в соответствие с рекомендациями ОЭСР. В ее рамках планируется достижение таких показателей, как снижение барьеров для развития частной медицины, дерегулирование и передача госфункций в независимую профессиональную среду, регулирование цен на лекарственные средства и медицинские изделия.

В нынешних условиях возрастает значение рационального использования государственных ресурсов, что и определено в качестве

третьей инициативы. В рамках данного направления планируются мероприятия, направленные на реструктуризацию инфраструктурной и кадровой политики в сфере здравоохранения. Важную роль играет привлечение частных и иностранных инвестиций, развитие ГЧП, а также развитие науки и модернизация медицинского образования.

Одной из ключевых ролей в достижении успеха является **финансовая устойчивость системы**. Гибкая система финансирования, нацеленная на результат - это станетчетвертой инициативой. Планируется разработать модель финансирования с учетом условий актуальной нормативно-правовой и отраслевой структуры. Также планируется:

- Снижение уровня потребления стационарной помощи;
- Стимулирование трансферта передовых медицинских технологий;
- Распределение бюджета ПМСП на основе потребностей;
- Пересмотр тарифов и реальное отражение затрат: на обновление основных средств, капитальные затраты, обслуживание медицинских и ИТ технологий, на стоимость финансовых услуг.

Пятая инициатива- управление системой, подразумевающую транспарентность и подотчетность пациенту. В этой связи планируется охват перехода медицинских организаций на ПХВ с внедрением корпоративного управления, разработка KPI для поставщиков медицинских услуг, нацеленные на качество и эффективность оказания услуг вокруг нужд пациента.

Приложение 2

Типовой план мероприятий

План мероприятий, направленных на достижение целевых индикаторов меморандумов на примере, между УЗ и КГП на ПХВ «Центральная районная больница районного управления здравоохранения области»

№ п/п	Мероприятие	Сроки реализации	Результат	Исполнитель
1	Переход на ПХВ с созданием Наблюдательного Совета и дальнейшее повышение автономии поставщиков			
2	Функционирование сайта медицинской организации	Ноябрь 2014г	Функционирование сайта	Маймышев Т.Ж.
3	Функционирование службы внутреннего аудита	постоянно	Положительная динамика мониторинга внутренних индикаторов	Каленова Г.Н. Зам.главного врача по ПМСП
4	Разработка программы непрерывного повышения качества медицинских услуг и мониторинг ее реализации	Август	Наличие программы и результаты мониторинга	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП
5	Разработка и внедрение стандартных операционных процедур, согласно стандартам аккредитации	В течении года	СОПы	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП Садуакасова Р.С. Старшая мед.сестра
6	Внутренний аудит процессов организации	В течении года	Отчеты Аналитические справки Принятые управленческие решения	Зав. отделениями Старшие врачи ВА

7	Результаты внешних аудитов организации	В течении года	Акты проверок	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП
8	Подготовка к проведению процедуры аккредитации, проведение самооценки	В течении года	Внедрение стандартов аккредитации, отчет по самооценке	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП Серимов А.М. Зав. поликлиникой
9	Наличие аккредитации медицинской организации	08.10.2010 г. №1, регистрационный № Z-000175	аккредитовано сроком на 4 года	Имаммырзаев Е.А.
5	Снижение риска возникновения долгосрочной кредиторской задолженности			
6	Финансовая эффективность медицинской организации			
7	Внедрение дифференцированной оплаты труда			
Снижение числа обоснованных жалоб за отчетный период.				
8	Формирование оптимального для пациентов графика функционирования организации	постоянно	Удовлетворенность пациентов по результатам опросов – 96,0%	Серимов А.М. Зав. поликлиникой
	Организация оптимальной для пациентов работы регистратуры	постоянно	Удовлетворенность пациентов по результатам опросов – 95,0%	Серимов А.М. Зав. поликлиникой

	Снижение % КДУ	За текущий год	10%	Серимов А.М. Зав. поликлиникой
	Снижение % внешних КДУ из числа всех КДУ (внутренних+внешних)	За текущий год	10%	Серимов А.М. Зав. поликлиникой
	Обеспечение прав пациента на качество медицинских услуг через компетентность и профессионализм специалистов	постоянно	Удовлетворенность прав пациентов по результатам опроса 96,0%	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП Серимов А.М. Зав. поликлиникой
	Повышение квалификации и переквалификации сотрудников ПМСП	В течении года согласно графика	Сумма 3000000,0 тенге (0,56%)	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК
	Своевременное обеспечение лекарственными средствами больных, подлежащих бесплатному лекарственному обеспечению	В течении года	Удовлетворенность пациентов по результатам опроса 96,0%	Врачи участковые педиатры, терапевты, ВОП
	Качественный отбор пациентов на госпитализацию в стационар	В течении года	Удовлетворенность пациентов по результатам опроса 96,0%	Акылбекова Г.М. Председатель ВКК
	Удельный вес вызовов скорой медицинской помощи жителям прикрепленной территории в часы	В течении года	23,0%	Зав. отделениями Семизбаева Р.П. Акылбекова

	работы поликлиники			Г.М.
Снижение детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП				
	Охват пренатальным скринингом	постоянно	% охвата по результатам анкетирования – 90,0%	Муратова Д.А Районный акушер-гинеколог
	Охват неонатальным скринингом	постоянно	% охвата по результатам анкетирования 100,0%	Муратова Д.А Районный акушер-гинеколог
	Завершение вакцинации детей до 1 года в соответствии с национальным календарем	В течении года	% охвата – 99,0%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр
	Патронаж новорожденных врачом в первые 3 дня после выписки из роддома	постоянно	98,5%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Пропаганда исключительно грудного вскармливания детей в возрасте до 6 месяцев	постоянно	Удельный вес детей – 94,5%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Активное применение принципов ИВБДВ у больных пневмонией	постоянно	Удельный вес детей до 5 лет госпитализированных с пневмонией 4,0%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Активное применение принципов ИВБДВ и работа ПОР кабинетов у больных с ОКИ	постоянно	Удельный вес госпитализированных детей до 5 лет с ОКИ 1,5%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Организация	постоянно	96,0%	Семизбаева

	качественной и регулярной работы школы молодой матери			Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
Противодействие возникновению случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП				
	Охват контрацепцией женщин фертильного возраста с противопоказанием к беременности по экстагенитальным заболеваниям, группы 2В	постоянно	100,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Муратова Д.А. Районный акушер-гинеколог
	Охват контрацепцией ЖФВ социального риска, группы 5	постоянно	100,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Муратова Д.А. Районный акушер-гинеколог
	Взятие беременных на учет до 12 недель	постоянно	95,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Муратова Д.А. Районный акушер-гинеколог
	Профилактический осмотр ЖФВ, оздоровление ЖФВ с ЭГЗ, прегравидарная подготовка	постоянно	100,0% 100,0% 100,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Муратова Д.А. Районный акушер-гинеколог
Снижение уровня госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнением болезней системы кровообращения: инфаркт миокарда, ОНМК				
	Диспансерное наблюдение и оздоровление больных БСК выявленных	В течении года	100,0% взятие на Д учет 100,0%	Жарылкасынова Д.К. Ответственный за скрининги,

	профилактическим осмотром		оздоровление	кардиолог
	Реабилитация больных после ОКС и ОНМК в дневном стационаре	В течении года	100,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт
	Организация качественной и регулярной работы школы сахарного диабета с вовлечением среднего медицинского персонала для ведения школы здоровья	В течении года	100,0%	Молжигитова Г.Т. Врач ЗОЖ
	Организация качественной и регулярной работы школы артериальной гипертензии с вовлечением среднего медицинского персонала для ведения школы здоровья	В течении года	100,0%	Молжигитова Г.Т. Врач ЗОЖ
	Соблюдение «золотого часа» при госпитализации с ОКС (для города не более 60 минут, для села не более 90 мин)	В течении года	0%	Жарылкасынова Д.К. кардиолог
70%-й охват скрининговыми осмотрами				
	Повышение качества проводимого скрининга по БСК, СД, выявление заболеваемости, оздоровление, диспансеризация	В течение года	Уровень заболеваемости БСК – 3,2% СД – 0,5% Д., оздоровление – 100,0%	Жарылкасынова Д.К. Ответственный за скрининги, кардиолог Нургалиева К.Б. эндокринолог
Снижение удельного веса деструктивных форм туберкулеза, включая фиброзно-кавернозный туберкулез, из числа впервые выявленных случаев				
	Охват флюорографическим обследованием лиц группы риска	В течении года	97,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт
	Выявляемость	В течении	9,5%	Акылбекова

	туберкулеза методом микроскопии среди лиц с подозрением на туберкулез	года		Г.М. Районный терапевт
	Выполнение РМ среди детей группы риска	В течении года	97,0%	Семизбаева Р.П. Районный педиатр
	Выполнение диагностического алгоритма у лиц с подозрением на туберкулез в течении 2 недель	постоянно	100,0%	Акылбекова Г.М. Районный терапевт
Ранее выявление случаев с диагнозом злокачественные новообразования визуальной локализации 1-2 стадии (рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак, рак кожи, рак ротоглотки)				
	Охват скринингом по РШМ, РМЖ, КРР лиц, по возрасту подлежащего данному скринингу	В течении года	70%	Жарылкасынова Д.К. Ответственный за скрининги,
	Выявление больных раком ротоглотки, раком кожи на ранних стадиях – 1 -11	постоянно	100%	Бархударов Р.И. Онколог Акылбекова Г.М. Районный терапевт Старшие врачи ВА
	Диспансерное наблюдение больных онкологических, удельный вес живущих более 5 лет	постоянно	49,5%	Бархударов Р.И. Онколог Акылбекова Г.М. Районный терапевт Старшие врачи ВА
15 Увеличение удельного веса ВОП из общего количества врачей и повышение потенциала специалистов ПМСП				
	Переподготовка ВОП из числа терапевтов и педиатров	В течении 2 лет	8	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК

	Переподготовка ВОП из числа узкопрофильных специалистов	В течении 2 лет	1	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК
	Привлечение молодых специалистов ВОП из ВУЗов	В течении 2 лет	1	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК
	Организация самостоятельного приема пациентов участковыми медицинскими сестрами	В течении 2 лет	21	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Организация самостоятельного патронажа пациентов на дому и обслуживание вызовов на дому	В течении 2 лет	28	Акылбекова Г.М. Районный терапевт Семизбаева Р.П. Районный педиатр Старшие врачи ВА
	Повышение квалификации врачей ВОП в рамках делегирования функций узких специалистов	В течении 2 лет	6	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК
	Повышение квалификации медицинских сестер в рамках делегирования функций врачей	В течении 2 лет	14	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК
	Обеспечение психологами на 10000 прикрепленного населения	В течении 2 лет	2/52340	Каленова Г.Н. Зам. главного врача по ПМСП ОК

Приложение №3

«Утверждаю» «Согласовано»
Гл.врач ЦРБ Департамента здравоохранения

«____»_____2017г «___»_____2017г

Отчет по реализации указанных в бизнес плане мероприятий, направленных на достижение целевых индикаторов меморандумов между УЗ и медицинскими организациями.

			2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
№	Задачи, направленные на достижение целевых показателей организации	Планируемый результат				
1.	Снижение финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи (% снижения)	*__%*	*1,6%*	*0*	*0*	*0*
Наличие аккредитации медицинской организации						
2.	Функционирование службы внутреннего аудита	положительная динамика мониторинга внутренних индикаторов				
3.	Разработка программы непрерывного повышения качества медицинских услуг на уровне организации и мониторинг ее реализации	Наличие программы и результаты мониторинга				
4.	Разработка и внедрение стандартных операционных процедур в медицинской организации, согласно стандартам аккредитации	СОПы				
5.	Внутренний аудит процессов организации	Отчеты, аналитические справки, принятые				

		управленческие решения				
6.	Результаты внешних аудитов организации	Акты проверок				
7.	Подготовка к проведению процедуры аккредитации, проведение самооценки	Внедрение стандартов аккредитации, отчет по самооценке				
8.	Процедура аккредитации	Свидетельство об аккредитации	08.10.2010 г. №1, регистрационный № Z-000175 Аккредитовано сроком на 4 года			
Снижение риска возникновения долгосрочной кредиторской задолженности						
9.	Количество прикрепленного населения	Число прикрепленного населения	45428	44981	46041	46500
10.	КПН на одного жителя в месяц	Сумма КПН на одного жителя, тенге	297 тенге	307 тенге	685 тенге	1000 тенге
11.	Доля расходов на ФОТ в объеме КПН	% от КПН	78,9%	76,9%	85,9%	86,0%
12.	Доля расходов на медикаменты и ИМН в объеме КПН	% от КПН	7,1%	8,4%	3,72%	5,0%
13.	Доля коммунальных расходов в объеме КПН	% от КПН	0,76%	1,06%	1,26%	2,0%
14.	Доля расходов на внутренние КДУ (внутри организации) в объеме КПН	% от КПН	64,8%	62,3%	43,9%	35,0%
15.	Расходы на оказание КДУ с привлечением субподрядчика в расчете на 1 прикрепленного	Тенге (__%)			50,84 тенге (0,01%)	50,84 тенге (0,01%)

	жителя в месяц, тенге (доля в объеме КПН, %)					
16.	Доля внебюджетных средств в общем доходе организации (платные услуги, аренда и т.д.)	Отношение суммы полученной за счет привлечения внебюджетных средств в течении года к сумме полученной из бюджета (всего в год)	8150,0 тыс. тенге	15000,0 тыс тенге	15000,0 тыс тенге	15000, 0 тыс тенге
17.	Доля средств экономии, сформировавшейся за счет внедрения ресурсосберегающих технологий	% снижения затрат в результате ресурсосберегающих технологий от суммы всего бюджета организации	0,76%	1,06%	1,26%	2%
Финансовая эффективность медицинской организации						
18.	Сумма товарно-материальных запасов на конец года	Тенге, (__%) не превышает двухмесячного уровня потребления	116576, 0 тыс. тенге (8,9%)	108040, 0 тыс. тенге (10,8%)	106630, 0 тыс. тенге (9,1%)	112308 ,0 тыс. тенге (9,8%)
19.	Своевременное списание дебиторской задолженности	Срок поставки товара или услуги после оплаты не более ___ недель/1 месяца	Дебиторская задол. отсутствует	Дебиторская задол. отсутствует	Дебиторская задол. отсутствует	
20.	Своевременное погашение кредиторской задолженности	Срок погашения не более ___ недель/месяцев после получения счета к оплате. Сумма кредиторской задолженности не более _% от суммы дохода в	Кредиторская задолженность погашается сразу после получения счета к оплате	Кредиторская задолженность погашается сразу после получения счета к оплате.	Кредиторская задолженность погашается сразу после получения счета к оплате	

		месяц				
21.	Оптимизация штатов организации, всего: в т.ч. - врачебный персонал: - средний персонал:	(снижение, расширение и перепрофилизация штатных единиц, выделить если это касается врачебного или среднего персонала)			Внедрение ВОП 6 участка Врачи - 6 м/с-18	

Приложение 4

Словарь терминов медицинских услуг

Амбулаторно-поликлиническая помощь - вид лечебно-профилактической медицинской помощи, оказываемой населению в поликлиниках, амбулаториях, диспансерах, женских и детских консультациях, здравпунктах, а также при посещении больных на дому.

Врач общей практики - специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

Грант - это целевая сумма средств, выделенная для решения какой-то конкретной задачи, обычно поискового характера.

Диагноз - краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицины.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию - соглашение между страховой медицинской организацией (СМО) и медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, предметом которого является обязательство медицинской организации оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховой медицинская организация - обязательства оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования - соглашение между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией (СМО), в соответствии с которым Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация использует полученные денежные средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего договора.

Застрахованный по ОМС - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Государственным законом «Об обязательном медицинском страховании в Республики Казахстан».

Здравоохранение - система государственных и общественных мероприятий по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней и продолжению жизни человека. Реализуется через систему безвозвратного бюджетного финансирования, и медицинского страхования граждан. Характер организации Здравоохранения и его эффективность отражают уровень цивилизованности общественного устройства. Материально-техническая база здравоохранения в РК опирается на сеть больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений. В рамках системы здравоохранения

функционируют учреждения системы охраны материнства и детства, сеть учреждений для оказания специализированной помощи, учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и другие учреждения здравоохранения.

Контроль качества медицинской помощи - комплекс мероприятий по проверке соблюдения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий. Контроль качества медицинской помощи в ОМС осуществляется СМО в соответствии Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Медицинская организация - учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи населению и имеющее лицензию на право занятия медицинской деятельностью. К ним относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, клиники медицинских научных центров, научно-исследовательских и медицинских институтов, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, учреждения охраны материнства и детства.

Медицинская помощь - деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством. Медицинская помощь включает в себя определенную совокупность медицинских услуг.

Медицинская помощь неотложная - совокупность мероприятий, оказываемых медицинскими работниками, при внезапных острых заболеваниях, травмах, отравлениях или резком ухудшении состояния.

Медицинская помощь скорая - система оказания на месте происшествия экстренной медицинской помощи при внезапных состояниях и несчастных случаях. Как правило, предоставляется медицинскими работниками специальных станций скорой и неотложной помощи.

Медицинская услуга -мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Простая медицинская услуга, выполняемая по формуле "пациент" + "специалист" = один элемент профилактики, диагностики или лечения".

Медицинская помощь - комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организация и технические мероприятия, санитарно – противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

***Сложная* медицинская услуга**- набор простых медицинских услуг, медицинская услуга которые требуют для своей

реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных

помещений и т.д., отвечающий формуле "пациент" + "комплекс простых услуг" = "этап

профилактики, диагностики или лечения"

***Комплексная* медицинская услуга** - набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либоокончанием проведения определенного этапа лечения по формуле "пациент" + "простые + сложные услуги" = "проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения"

Прием (осмотр, консультация) врача – стоматолога.

Оплата непрямая - это способ оплаты медицинских услуг пациентом по счету врачу.

Оплата прямая - это способ оплаты медицинских услуг страховой компанией по счетам, прямо направляемым ей исполнителями медицинских услуг.

Оплата за случай - это выплата за осуществление помощи больному согласно классификатору диагнозов, что напоминает систему ДРГ. Она применяется редко в связи со сложностями в разработке стандартов оказания амбулаторной помощи.

При *смешанной* системе (например, в американских обществах по поддержанию здоровья) группа врачей зарабатывает деньги на основе "подушной" системы, внутри же группы средства распределяются в зависимости от объема оказанных услуг.

Общее время на услугу - время в часах и минутах, затраченное бригадой (врачом, медсестрой) на услугу;

Основная заработная плата -зарплата врача или бригады (врачи, медсестры, санитарки, инженеры, операторы и т.д.), принимающей участие в оказании услуги.

Организация здравоохранения - это создание условий для реализации принятых управленческих решений, выполнения планов и программ, обеспечение необходимых для этого финансовых, материально-технических, информационных и других ресурсов.

Руководство в здравоохранении - это создание, у выполняющих управленческие решения людей, мотивов для их реализации.

Амортизация оборудования рассчитывается исходя из балансовой стоимости аппаратуры и процента амортизационного отчисления, который берется из специального справочника процентов амортизации медицинского оборудования.

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента: Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта, Визуальное исследование полости рта, Пальпация ,Перкуссия, Осмотр полости рта с использованием дополнительных источников света и зеркал.

Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента: Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда, Исследование зубодесневых карманов с помощью зонда, Термодиагностика, Люминесцентная стоматоскопия, Витальное окрашивание твердых тканей зуба

Прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога повторный

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента: Сбор анамнеза и жалоб,Визуальное исследование полости рта, Пальпация , Перкуссия и тд.

Накладные расходы – обще больничные расходы, включающие зарплату административно-хозяйственного персонала, командировки, канцелярские и хозяйственные расходы, расходы на приобретение оборудования, капитальный ремонт и проч.

Себестоимость - сумма основной и дополнительной заработных плат, начислений, стоимости медикаментов, износи мягкого инвентаря, амортизации оборудования, накладные расходы.

Прибыль - процент к общей сумме всех предполагаемых расходов.

Медицинское страхование - см. Страхование медицинское.

Обследование больного - комплекс исследований, проводимых для выявления индивидуальных особенностей больного, установления диагноза, подбора оптимального лечения, наблюдения за течением болезни, определения прогноза; включает сбор анамнеза, осмотр, физикальное, лабораторное, инструментальное и др.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - см. Страхование медицинское, обязательное.

Пациент - лицо, обратившееся за медицинской помощью или находящееся под медицинским наблюдением. На каждого пациента оформляется документация медицинская, где отражаются результаты диагностики и лечения. Как гражданин, пациент является субъектом медицинского страхования. В системе медицинского страхования каждому пациенту выдается медицинских страховой полис.

Полис обязательного медицинского страхования - документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Республики Казахстан в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Права пациента - специфические права, производные от общих гражданских прав, реализуемые при получении медицинской помощи или в связи с любым медицинским вмешательством, осуществляемым в отношении пациента.

Правила ОМС - правила обязательного медицинского страхования регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Государственного закона «Об обязательном медицинском страховании в Республики Казахстан».

Программа государственных гарантий - Программа государственных гарантий оказания гражданам РК бесплатной медицинской помощи (ПГГ) определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам РК на территории РК бесплатно. Финансирование ПГГ осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, средств бюджетов всех уровней. ПГГ устанавливаются нормативы объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи) и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на оказание гражданам РК бесплатной медицинской помощи, устанавливаемых в бюджетах ФФОМС, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и в бюджетах всех уровней по разделу «Здравоохранение и спорт». ПГГ ежегодно утверждается Правительством РК.

Программа ОМС - Базовая программа ОМС составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Республики Казахстан медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

— Территориальная программа - ОМС составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Республики Казахстан и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования. Территориальная программа ОМС разрабатывается в субъектах РК на основе базовой программы ОМС и не может быть меньше объема, установленного базовой программой ОМС.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Биржевые цены на основе состоявшихся торгов - определение цены в условиях реального взаимодействия спроса и предложения

Резерв финансирования предупредительных мероприятий (РКПМ) - финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией в целях финансирования мероприятий по предупреждению наступления страховых случаев, повышению качества и доступности медицинской помощи и других мероприятий, способствующих снижению затрат на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования. Конкретные направления использования резерва финансирования предупредительных мероприятий и порядок их финансирования устанавливаются ТФОМС.

Семейный врач - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от пола и возраста.

Стационар - больничное учреждение или его структурное подразделение. Стационар дневного пребывания организуется в больницах для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно-профилактическая помощь в дневное время.

Дневной стационар - организуется в амбулаторно-поликлинических учреждениях для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно-профилактическая помощь в дневное время.

Страхование медицинское — Обязательное медицинское страхование (ОМС) вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Государственным законом «Об обязательном медицинском страховании в Республики Казахстан» случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

— Добровольное медицинское страхование (ДМС) регулируется законами «Об организации страхового дела в РК», осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком в объеме и на условиях правил и программ ДМС, обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг, сверх установленных программами ОМС.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Страхователи в системе ОМС - для неработающего населения — органы исполнительной власти субъектов РК, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Республики Казахстан для работающего населения — органы исполнительной власти субъектов РК, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Республики Казахстан. (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты)

Страхователь по ДМС - гражданин или предприятие, заключившее договор ДМС.

Страховая медицинская организация (СМО) - осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхование. Страховая организация, имеющая лицензию, выданную государственным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу по выгодному приобретателю или иным третьим лицам.

Страховой случай по ОМС - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Субсидия - безвозвратное пособие в денежной или натуральной форме, предоставляемое государством за счет средств бюджета или специальных фондов юридическим или физическим лицам, местным органам власти, другим государствам.

Стоимость медикаментов - это стоимость применяемых для услуги медикаментов, разовых систем, однократно применяемых материалов (рентгеновская пленка, различные бланки, реактивы, перчатки, шприцы, бинты, марля и т.д.).

Финансовая устойчивость страховых операций - это постоянное балансирование или превышение доходов над расходами страховщика в целом по страховому фонду.

Фонды обязательного медицинского страхования –Территориальный (ТФОМС) некоммерческие организации, созданные субъектами Республики Казахстан в соответствии с Государственным законом «Об обязательном медицинском страховании в Республики Казахстан» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Республики Казахстан.— Государственный (ФФОМС) некоммерческая организация, созданная Республикой в соответствии с Государственным законом «Об обязательном медицинском страховании в Республики Казахстан» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Услуги здравоохранения – не обычный товар, производство и потребление которого определяются соотношением платежеспособного спроса и предложения. Это сознательное благо должно быть предоставлено человеку во что бы то ни стало, независимо от того, богат он или беден, способен он его оплатить или нет: ведь если это благо не предоставляется, рано или поздно прекращается всякое производство, поскольку в современных условиях эпидемии и всяческие другие напасти способны уничтожить все человечество.

Экономика здравоохранения - это отраслевая экономическая наука, которая изучает проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения, управления ими для максимального удовлетворения потребностей людей в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения.

Социальная эффективность - характеристика динамикой общественного здоровья, критериями социальной эффективности являются показатели общественного здоровья.

Экономическая эффективность - определяется соотношением эффекта (результата) и затрат.

Эксперт - специалист, владеющий методиками проведения экспертизы, чья высокая квалификация документально подтверждена и признана коллегами.

Экспертиза - проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениям в виде руководств, экспертных мнений, норм и нормативов. Проводится признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов.

Экспертные методы - это группы количественных методов оценки специалистами-экспертами явлений и процессов, не поддающихся непосредственному измерению либо трудно измеряемых.

Приложение 5

Словарь системы медицинского страхования

Страхование – отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц, Республики Казахстан, субъектов Республики Казахстан и муниципальных образований при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых взносов (страховых премий), а также за счет иных средств страховщиков.

Страховая деятельность (страховое дело) – сфера деятельности страховщиков по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию, а также деятельность страховых брокеров, страховых актуариев по оказанию услуг, связанных со страхованием, перестрахованием.

Страхование может осуществляться в добровольной и обязательной формах.

Групповой страховой взнос - это такой страховой взнос, который вносится страхователем при страховании группы лиц, работающих по найму.

Добровольное страхование – осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются в Государственной службе по финансовым рынкам (ФСФР) страховщиком самостоятельно.

Обязательное страхование – вводится государственным законом о конкретном виде обязательного страхования, в котором возлагается обязанность на указанных лиц страховать жизнь, здоровье третьих лиц, имущество, а также свою гражданскую ответственность за свой счет или за счет заинтересованных в этом лиц. Обязательное страхование осуществляется на основании договора страхования условия и порядок, которого определяются государственными законами о конкретных видах страхования. Государственный закон содержит положения, определяющие:

- субъекты страхования;
- объекты, подлежащие страхованию;
- перечень страховых случаев;
- минимальный размер страховой суммы или порядок ее определения;
- размер, структуру или порядок определения страхового тарифа;
- срок и порядок уплаты страховой премии (страхового взноса);
- срок действия договора страхования;
- порядок определения размера страховой выплаты;
- контроль за осуществлением страхования;
- последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств субъектами страхования.

Объекты страхования – это имущественные интересы. Объекты страхования делятся на объекты личного и имущественного страхования.

Объектами **личного страхования** могут быть имущественные интересы связанные:

- с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни);
- с причинением вреда жизни и здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование).

Объектами **имущественного страхования** могут быть имущественные интересы связанные:

- с владением, пользованием и распоряжением имуществом (страхование имущества);
- с обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности);
- с осуществлением предпринимательской деятельности (страхование предпринимательских, финансовых рисков).

Субъекты страхования:

Страхователи – это юридические или дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования.

Застрахованный – это физическое лицо в отношении, которого заключен договор личного страхования или договор страхования ответственности.

Выгодоприобретатель – это физическое или юридическое лицо, назначенное страхователем в качестве получателя страховой выплаты. Существуют особенности назначения выгодоприобретателя в различных видах страхования.

В **личном страховании** выгодоприобретатель назначается на случай смерти застрахованного лица. По договору личного страхования может быть назначено несколько выгодоприобретателей, с указанием доли страховой выплаты. Если в договоре выгодоприобретатель не оговорено, то им будут являться наследники застрахованного лица.

В **имущественном страховании** в подавляющем большинстве договоров страхования, страхователь и выгодоприобретатель являются одним лицом. Исключение составляют договоры страхования арендованного, залогового, кредитного имущества. В таких договорах, как правило, страхователь не является собственником застрахованного имущества.

В **страховании ответственности,** договоры страхования всегда заключаются в пользу третьих лиц, они и будут являться выгодно приобретателями по договору.

Страховщики – это юридические лица, созданные в соответствие с законодательством Республики Казахстан для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие в установленном законодательством порядке лицензию.

По законодательству Республики Казахстан страховщики вправе осуществлять или только страхование объектов личного страхования, или только страхование объектов имущественного и личного страхования, в рамках страхования от несчастных случаев и болезней и медицинского страхования.

Общества взаимного страхования – добровольное объединение юридических и физических лиц в целях обеспечения страховой защиты своих имущественных интересов.

Со страхование – страхование одного и того же объекта несколькими страховщиками по одному договору страхования.

Перестрахование – деятельность по защите одним страховщиком (перестраховщиком, цессионером) имущественных интересов другого страховщика (перестрахователя, цедента), связанных с принятым последним по договору прямого страхования (основному договору) обязательств по страховой выплате.

Страховой пул – это добровольное объединение страховщиков на основании договора простого товарищества (договора о совместной деятельности) без образования юридического лица в целях обеспечения финансовой устойчивости страховых операций по отдельным видам страхования. Страховые пулы создаются на перестраховочной или сострахoвочной основе. В настоящее время действуют атомный, космический, террористический пулы, пул строительных рисков.

Страховые посредники – это юридические или физические лица, оказывающие страховщику услуги по поиску клиентов и заключению договоров страхования. В зарубежной практике их называют – **аквизиторы.**

Страховыми посредниками являются страховые агенты и страховые брокеры.

Страховые агенты – постоянно проживающие на территории Республики Казахстан и осуществляющие свою деятельность на основании гражданско-правового договора физические лица или казахстанские юридические лица, которые представляют страховщика в отношениях со страхователем и действуют от имени страховщика и по его поручению в соответствие с предоставленными полномочиями. В настоящее время к страховым агентам законодательством Республики Казахстан не предъявляется никаких квалификационных требований.

Страховые брокеры – постоянно проживающие на территории Республики Казахстан и зарегистрированные в установленном законодательством порядке в качестве индивидуальных предпринимателей физические лица или казахстанские юридические лица, которые действуют в интересах страхователя в прямом страховании и страховщика в перестраховании и осуществляют деятельность по заключению и исполнению договоров страхования, перестрахования. Страховые брокеры не вправе осуществлять деятельность, не связанную со страхованием. В соответствие с законодательством Республики Казахстан страховые брокеры обязаны получить лицензию.

Страховые актуарии – физические лица, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, имеющие квалификационный аттестат и осуществляющие на основании трудового или гражданско-правового договора со страховщиком деятельность по расчетам страховых тарифов, страховых резервов, деятельность по оценке инвестиционных проектов страховщика.

Требования к порядку проведения квалификационных экзаменов страховых актуариев, выдачи и аннулирования квалификационных аттестатов устанавливаются Государственной службой по страховому надзору.

Андеррайтер – специалист в страховании, который оценивает и отбирает на страхование страховые риски. История возникновения андеррайтеров (подписчиков) уходит далеко к XVII веку, к знаменитому английскому Ллойду. В Республики практике андеррайтеры в своих функциях и полномочиях несколько ограничены, по сравнению с английскими. Их статус не определен в законодательстве и к ним не предъявляют никаких квалификационных требований.

Аварийные комиссары – специалисты в страховании, которые определяют причину и размер ущерба после наступления страхового случая. В настоящее время в Республики Казахстан юридический статус аварийных комиссаров не определен и законодательство не предъявляет к ним ни квалификационных, ни организационных требований.

Сюрвейеры – в страховании сюрвейеры (оценщики) оценивают имущество в целях страхования данного имущества.

Страховой риск – вероятность наступления страхового события, на случай которого заключается договор страхования.

Страховое событие – предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование, должно обладать признаками вероятности. Наступление этого события не определено ни в пространстве, ни во времени.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному, выгодоприобретателю.

Пакет страховых рисков – перечень страховых рисков характерных для определенного объекта страхования.

Страховая сумма – денежная сумма, установленная договором страхования исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма **по обязательным видам страхования** определяется законами о конкретных видах страхования.

Страховая сумма **в личном страховании** определяется страхователем по соглашению со страховщиком. Страховщик вправе устанавливать минимальную страховую сумму и регулировать ее верхнюю границу, вводя для страхователя различные требования по оценке страхового риска при заключении договора страхования (медицинское обследование).

Страховая сумма **в страховании ответственности** также определяется страхователем по соглашению со страховщиком. Страховщик вправе регулировать границы своей ответственности. Страхователь при установлении страховой суммы должен четко осознавать, что договор страхования заключается в пользу третьих лиц и эта сумма должна быть достаточной для возмещения ущерба в случае наступления страхового случая.

Страховая сумма **в имущественном страховании** не может превышать действительную стоимость имущества (страховую стоимость) на момент заключения договора страхования. Стороны не могут оспаривать страховую стоимость имущества, определенную договором страхования, за исключением случая, если страховщик не воспользовался своим правом на оценку страхового риска и докажет, что был намеренно введен в заблуждение. Если обнаружен факт, что имущество застраховано выше стоимости, то договор страхования будет не действителен в части превышения, а излишне уплаченные взносы не возвращаются.

Двойное страхование – одно и то же имущество, от одних и тех же рисков застраховано у нескольких страховщиков на сумму в общей сложности, превышающую его действительную стоимость. При обнаружении факта двойного страхования страховщики вправе отказать в выплате страхового возмещения. Если не будет установлено факта страхового мошенничества, то страховщики будут отвечать по обязательствам пропорционально своему участию.

$$B_i = У \cdot \frac{S_i}{\sum S}$$

Bi – страховая выплата одного страховщика;

Si – страховая сумма по договору страхования одного страховщика;

$\sum S$ – совокупная страховая сумма по всем выявленным договорам двойного страхования;

У – размер страхового ущерба.

Страховая премия (страховой взнос) – уплачивается страхователем в валюте Республики Казахстан при заключении договора страхования.

$$П = S \times T$$

П – страховая премия;

S –страховая сумма по договору страхования;

Т – страховой тариф.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования с учетом характера страхового риска. Страховые тарифы в обязательном страховании устанавливаются законами о конкретных видах обязательного страхования.

Актуарные расчеты – система математических и статистических методов, применяемых в страховании при расчетах страховых тарифов и страховых резервов.

Страховая выплата – это денежная сумма в валюте Республики Казахстан, которая выплачивается страховщиком страхователю, застрахованному, выгодоприобретателю при наступлении страхового случая. Страховая выплата может осуществляться и в натуральном выражении:

услугами или предоставлением имущества, аналогичного утраченному имуществу.

Страховое обеспечение – это страховая выплата при компенсации вреда, нанесенного жизни и здоровью граждан в личном страховании и в страховании ответственности.

Страховое возмещение – это страховая выплата при компенсации ущерба, нанесенного имуществу в имущественном страховании и в страховании ответственности.

Системы определения страховых выплат:

При нанесении вреда жизни и здоровью:

1. **По таблицам выплат.** Таблица выплат составляется страховщиком и представляет собой неотъемлемую часть условий договора страхования. Таблица выплат содержит в себе перечень повреждений, в зависимости от характера повреждения установлен процент от страховой суммы.

$B = \% \cdot S$

B – страховая выплата (страховое обеспечение;

S – страховая сумма по договору страхования;

% - процент по таблице выплат.

2. **Определяется стоимость одного дня нетрудоспособности на день заключении договора страхования.**

$B = \% \times S \times N$

B - страховая выплата (страховое обеспечение;

S – страховая сумма по договору страхования;

% - процент, определенный в договоре страхования;

N – количество дней нетрудоспособности.

3. **Определяется стоимость одного дня нетрудоспособности в зависимости от среднего заработка застрахованного.**

$B = З \times N$

B - страховая выплата (страховое обеспечение;

N – количество дней нетрудоспособности;

З – средняя заработная плата за 1 день.

При нанесении ущерба застрахованному имуществу:

1. **Системе первого риска** – данная система предполагает возмещение полного ущерба в пределах страховой суммы. Данная система страхования применяется как при полном страховании W = S, так и при неполном страховании W > S.

2. **Система пропорциональной ответственности** – предполагает неполное страхование W > S, и страховой ущерб возмещается пропорционально отношению страховой суммы (S) к стоимости имущества (W).

$$B = У \frac{S}{W}$$

B – страховая выплата;

У – страховой ущерб;

S – страховая сумма;

W – страховая стоимость.

3. **Система предельной ответственности** – предполагает установление минимальной или максимальной границы ответственности страховщика. Минимальная граница ответственности страховщика называется франшиза.

Франшиза – это условие договора страхования, освобождающее страховщика от ответственности. Франшиза устанавливается в договоре страхования в абсолютных значениях, а также в относительном выражении, в процентах (%) от страховой суммы. Франшиза бывает **условная** - невычитаемая и **безусловная,** которая вычитается всегда.

$$Ф = \% \times S$$

Ф – франшиза

S – страховая сумма;;

% - процент франшизы, оговоренный в договоре страхования.

Если франшиза имеет добровольный характер и страхователь вправе ее выбирать, то принятие франшизы снижает тарифную ставку. Процент снижения устанавливает страховщик.

Максимальная граница ответственности страховщика называется **лимитом ответственности.** В подавляющем числе договоров страхования лимит ответственности страховщика совпадает со страховой суммой по договору. Но есть такие договоры страхования, где в рамках одной страховой суммы оговаривается несколько лимитов ответственности по суммам и по отдельным страховым рискам. Ярким примером является обязательное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств (ОСАГО).

- на одного пострадавшего – 160 000 тенге.
- за причинение ущерба имуществу третьих лиц – 160 000 тенге.
- на одно пострадавшее имущество – 120 000 тенге.

Выкупная сумма – это денежная сумма, которая выплачивается страховщиком страхователю при досрочном расторжении договора страхования. При расчете выкупной суммы страховщик вправе зачесть расходы на заключение договора страхования**. В страховании жизни** выкупная сумма выплачивается всегда при досрочном расторжении договора страхования (за редким исключением) и равна сумме уплаченных страховых премий плюс, начисленный инвестиционный доход на момент досрочного расторжения договора страхования. Страховщик вправе зачесть расходы на заключение договора страхования.

$$VS = \sum П \times \%$$

VS – выкупная сумма;

П – поступившие страховые премии;

% - инвестиционный процент.

Выкупная сумма **по рисковым видам страхования** выплачивается в случаях, предусмотренных в договоре страхования.

$$VS = \frac{П - РВД}{n} \times M$$

VS – выкупная сумма;

РВД – расходы на ведение дела;

n – срок действия договора (днях, месяцах);

M – число не истекших дней, полных месяцев.

Страховое поле – максимальное количество объектов, которое может быть застраховано.

Страховой портфель – а) количество заключенных страховщиком договоров за определенный период; б) количество действующих договоров на определенную дату; в) перечень видов страхования и страховых продуктов на которые у страховщика есть лицензия.

Приложение 6

Формулы, используемые для планирования деятельности учреждений здравоохранения

Наименование показателя	**Формула**	**Составляющие**
Среднегодовое количество коек	Кср = К н + (К к – К н) n/12,	Где Кср – среднегодовое количество коек; Кн - количество коек на начало года; Кк -количество коек на конец года; n - число месяцев функционирования вновь развернутых коек.
Количество койко-дней	Ккд = Чк * Кср,	Где Ккд -количество койко-дней; Чк – число дней функционирования койки в год; Кср – среднегодовое количество коек.
Годовой фонд заработной платы	ФЗПг = Кср * ЗПк,	Где ФЗПг – годовой фонд заработной платы, ЗП - средняя заработная плата на одну койку в год.
Расходы на медикаменты	Рм = Nр * Ккд,	Где Рм – расходы на медикаменты в стационарах; Nр – норма расходов на медикаменты; Ккд – количество койко-дней.
Расходы на канцелярские и хозяйственных нужды	Ск = Nр * Кср,	Где Ск – сумма канцелярских и хозяйственных расходов, Nр – норма расходов на одну койку в год. Кср – среднегодовое количество коек.
Расходы на мягкий инвентарь	Рми = Рднк + Рдк,	Где Рми - расходы на мягкий инвентарь; Рднк - расходы на дооборудование новых коек; Рдк -расходы на оборудование прежних коек.
Расчет прироста коек	Пк = Кк – Кн,	Где Пк – прирост коек за год;
		Кк – количество коек на конец года; Кн – количество коек на начало года.
Расходы на дооборудование новых коек	Рднк = Пк * Nднк,	Где Рднк – расходы на дооборудование новых коек, Nднк – норма расходов на дооборудование одной койки.

Приложение 7

Примерная структура расходов на здравоохранение РК

Наименование расходов	**Сумма**, в тысячах тенге
Здравоохранение ВСЕГО В том числе:	
Государственное управление и местное самоуправление, международная деятельность	
Фундаментальные исследования и содействие научно-техническому прогрессу	
Государственные капитальные вложения	
Образование	
Больницы, родильные дома, клиники, Госпитали ,поликлиники, амбулатории	
Санатории	
Целевые расходы на оказание Дорогостоящих видов медицинской помощи Гражданам Республики Казахстан	
Государственные целевые программы	
Санитарно-эпидемиологический контроль	
Прочие расходы	

Сведение об авторе Тинасилова Мухтара Донбаевича

Действительный член КНАЕН, доктор экономических наук, профессор, член партии «Нұр Отан»

В 1967 году окончил Жамбылский гидромелиоративно-строительный институт, специальность инженер-гидротехник. В 1990 году закончил Академию народного хозяйства при Совмине СССР (г.Москва) по специальности «Ведущий экономист народного хозяйства».

Стаж работы:

1967-1975 - МНС Каз НИИ ВХ (г.Жамбыл), гл. инженер Управления АТК с Бугуньским водохранилищем Главриссовхозстроя при МВХ СССР

1975-1978 - Нач. управ. водного хозяйства Балхашского района Алматинской обл.

1978-1985 - Директор совхоза «Бакбактинский», нач. Алматинского областного упр. новых орашаемых земель.

1985-1991 - Нач. управления Главриссовхозстроя и нач. Гл.управ МВХ Каз ССР.

1989-1995 - Нач.главуправ Госплана и МЭ РК, Председатель «Казводснабжения»

1994-2002 – Ст.преп., доцент, и.о. профессора КазТУ, ЦАУ и АЭУ(0.5 ставки).

1992 – Член Правительственной Комиссии Республики Казахстан по обеспечению питьевой водой космодрома «Байконур».

1993-1994 гг – Член Правительственной Комиссии Республики Казахстан по переброске канализационой воды г.Алматы

В 1995 г. руководитель Правительственной рабочей комиссии в Кызылординской и Жамбылской областях по экономической рефоре РК.

1993 – 1995 гг. руководитель рабочей комиссии РК, КР и РУ в государствах Австрия и Израиль по вопросам обмена опытом экономических и технических работ в хозяйствах

1995-2002 работая директором департамента и Советником Президента ЦАБСиР руководил анализом и эксертизой инвестиционных проектов Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана

В 1995 году кандидат с/х наук, «Пути улучшения мелиорации орашаемых земель в Казахстане», а в 2000 году защитил диссертацию на соискание степени доктора экономических наук по шифру 08.00.01 «Политичекая экономика», тема «Проблемы экономичекой интеграции стран Центральной Азии в условиях новой экономики».

1995-2002 - Нач. управ. и директор департамента в Эксимбанке и ЦАБСиР,

2000-2002 - Проректор по научно-методической работе университета «Ұлағат»,

2002-2008 – Зав. кафедрой «Финансы и банковское дело» Каз НАУ

2008-2010 - Зав.кафедрой «Финансы и маркетинг» Каз НТУ

2010 - 2012 профессор кафедры «Финансы» Каз НТУ

2012 по 2015 - профессор кафедры «Финансы и учет»,

главный научный сотрудник, руководитель ЦЭИ КазНИТУ.

2016-2017 – профессор кафедры здравоохранения экономики и медстрахования

КазМНУ им.С.Ж. Асфендиярова.

2017 профессор кафедры «Фармацию» КРМУ

2018 по н/время профессор кафедры «Общественного здравоохранения» Казахстанско - Российского МУ

2002-2008 эксперт при МОН РК по УМР, и член докторского диссовета по специальности «Экономика», подготовил 6 кандидатов экономических наук и 1 доктор наук. является научным руководителем научных проектов в области экономики и финансов (предпринимательства, интеграция, инновация и их эффективность).

Публикации: имеет более 240 научных трудов, в том числе 13 учебников и учебных пособий, 7 монографий, заслуженный деятель науки и образования МОН РК, почетным профессором МУИТ Кыргызстана, почетный гражданин Жамбылской области.

Контакты: 87773000550, **E-mail**: tinassilov@mail.ru

Сведение соавторе Уркумбаевой Асии Рахимжановой

кандидат экономических наук, доцент.

1987-1988гг - работникУЧХОЗа «Джаншарское», Алматинской области, Енбекшиказахского района.

1988-1993гг - студентка КазСХИ.

1993-1994гг – лаборант КазСХИ.

1994-2002гг - методист по работе иностранными студентами КазСХИ.

2002-2005гг – преподаватель кафедры «Финансы и банковское дело» КазНАУ.

2005-2007гг – ст.преподаватель кафедры «Финансы и банковское дело» КазНАУ.

2007-2008гг – и.о.доцент кафедры «Финансы и банковское дело» КазНАУ.

2008-2012гг. доцент кафедры «Финансы» КазНТУ им.К.Сатпаева.

2012-2016 гг. доцент кафедры «Экономика промышленности» КазНТУ им.К.Сатпаева.

2016 гг. - по настоящее время доцент кафедры «Экономика и менеджмент» АТУ.

Публикации более 60 наименований, в т.ч. учебник «Бағалы қағаздар нарығын реттеу» - 2006г., (в соавторстве) и единолично опубликовала учебные пособия: «Деньги и банки» - 2006г., «Бағалы қағаздар нарығы» - 2009г., «Акция, несие, банктер» - 2009г., «Банк терминдерін» - 2009г., «Бизнес-жоспарлау» - 2010г., «Бизнес-планирование» - 2011г., "Халықаралық экономика"- 2015г., учебник в соавторстве с профессором Тинасиловым М.Д., на казахском языке: "Қаржы негіздері: теориясы тәжірибелер мен есептеулер"- 2016г., и др.

Контакты: тел.: 8705 311 20 69, E-mail: u.asiya@mail.ru

Тинасилов Мухтар Донбаевич
Уркумбаева Асия Рахимжановна

ЭКОНОМИКА И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Формат 60x84 1/16. Печать офсетная.
Печ. листов 19.125. Объем 306 стр.
Тираж 500 экз.

ИП «Издательство АҚНҰР», 100017
РК, г. Караганда, ул. Мустафина ½