

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР В ИНДУСТРИИ ЗДОРОВЬЯ

5.1

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Признаки услуг здравоохранения. В самом общем случае услуги здравоохранения представляют собой результат полезной деятельности лечебно-профилактических и реабилитационных организаций, врачей, занимающихся частной практикой, и других субъектов индустрии здоровья, направленной на удовлетворение потребностей населения и общества в квалифицированной медицинской помощи. В теоретических работах по экономике здравоохранения, в практической деятельности организаций здравоохранения услуги здравоохранения часто именуется медицинскими услугами.

Как уже отмечалось (см. главу 3), потребность в медицинской помощи непосредственно связана с состоянием здоровья (комфортностью, существованием) и самой жизнью человека, и именно это в первую очередь обуславливает специфические особенности формирования предложения и спроса на услуги здравоохранения. Для последних характерно сочетание высокой социальной приоритетности с относительно низкой эластичностью спроса на них, практической невозможностью взаимозаменяемости связанных с ними расходов.

Неопределенность в возникновении потребности в медицинской помощи и непредсказуемость ожидаемого эффекта способствуют формированию в сознании людей понимания необходимости и внеочередности расходования средств на поддержание и укрепление своего здоровья (особенно в периоды возникновения острых и обострения хронических заболеваний) за счет экономии на других статьях потребительского бюджета. А это означает, что другие по-

требности замещаются потребностями в здоровье. В то же время стремление к подобному замещению и его масштабы во многом зависят от психологических установок людей, их благосостояния представлениях о ценностях.

Изучение социально-экономической природы услуг здравоохранения и их классификация на основе системы признаков помогают лучше понять специфику и сущность отдельных видов услуг, уточнить их характерные особенности, оптимизировать стратегию развития здравоохранения.

Для услуг здравоохранения характерны следующие свойства:

- неосязаемость;
- неразрывность процессов предоставления и потребления;
- неотделимость от источника;
- неоднородность (изменчивость) качества;
- недостаточная объективность оценки качества, результативности, эффективности и стоимости.

Разделяя в целом такие свойства услуг здравоохранения, считаем необходимым отметить, что научно-технический прогресс, в частности современные информационные технологии, в ряде случаев вносят в них определенные коррективы, которые будут отмечены ниже.

Неосязаемость услуг здравоохранения. Неосязаемость услуг здравоохранения проявляется прежде всего в невозможности продемонстрировать их пациенту (для пациента — увидеть их) вплоть до предоставления (получения) в виде совокупности профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных и других мероприятий и процедур. Неосязаемость услуг здравоохранения связана с нематериальным характером их проявления. Ни одному пациенту (даже если таким пациентом окажется больной врач) никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о полезных свойствах (полезном эффекте и побочном действии) оказываемых ему услуг. Оценка полезности услуг здравоохранения проводится, как правило, по аналогии — на уровне субъективного восприятия их результативности, ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

В то же время значительная часть услуг здравоохранения может иметь, помимо нематериального проявления, и материально-вещественное воплощение — в частности, установка пломб, коронок и зубных протезов, ортопедических приспособлений, кардиостимуляторов, удаление или замещение частей органов или тканей, изменение функций и формы отдельных органов за счет их перемеще-

ния или пересадки, протезирования и т.п. Соотношение различных видов медицинских услуг в зависимости от степени их осязаемости приведено на рис. 5.1

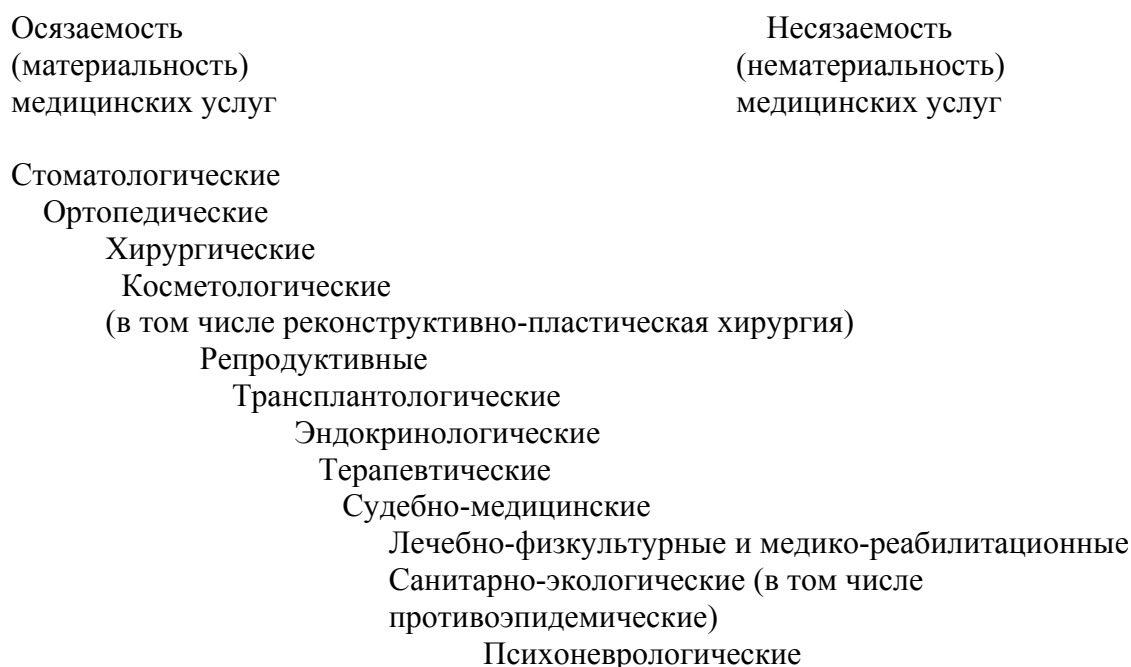


Рис. 5.1. Соотношение медицинских услуг по степени их осязаемости

Таким образом, подавляющее большинство медицинских услуг содержит как функциональные (деятельностные), так и материально-вещественные компоненты. Степень осязаемости конкретной услуги определяется количественным соотношением ее функционального и материально-вещественного содержания. В качестве показателя степени осязаемости медицинской услуги в процентах можно использовать, например, следующую величину:

$$O_{\mu} = (C_{\text{мвк}}/C_{\text{му}}) \cdot 100\%,$$

где O_{μ} — коэффициент осязаемости медицинской услуги;

- $C_{\text{мвк}}$ — общая стоимость всех материально-вещественных компонентов;

$C_{\text{му}}$ — цена (стоимость) услуги.

Разделение услуг здравоохранения по степени их осязаемости можно использовать при построении научно обоснованных мето-

дов ценообразования. При этом следует иметь в виду, что значительная часть денежной оценки материально-вещественных компонентов медицинских услуг включает амортизацию (износ) факторов производства (помещений, оборудования и т. д.), нематериальные активы (ноу-хау, патенты и др.), стоимость постельных принадлежностей и спецодежды, предусмотренных технологией и фактически использованных лекарственных средств, специальных материалов, средств личной гигиены.

Неразрывность процессов предоставления и потребления услуг. Процессы предоставления и потребления медицинских услуг неотделимы друг от друга ни в пространстве, ни во времени. Не являются исключением из этого правила и услуги, связанные с созданием материально-вещественных объектов — зубных протезов, ортопедических приспособлений, кардиостимуляторов и др. На разных этапах оказания этих услуг (уточнение параметров, примерка, установка) неизбежно возникает потребность в непосредственном контакте между производителем услуг — медицинским работником — и их потребителем — пациентом. В отличие от товаров медицинского назначения, медицинские услуги неотделимы от того, кто их предоставляет, они не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации (нельзя, например, воспользовавшись ростом спроса на тот или иной вид услуг, мгновенно «выбросить» их со склада на рынок).

Учитывая это обстоятельство, одним из необходимых условий эффективности предпринимательской деятельности организаций здравоохранения следует считать соответствие их мощностей по производству медицинских услуг реальному спросу на них (желательно, чтобы предложение не слишком превышало спрос, иначе имеющиеся мощности будут простаивать). На нерыночных производителей индустрии здоровья (бюджетные организации, часть негосударственных некоммерческих организаций) это условие также распространяется, но в меньшей степени. Бюджетные организации здравоохранения всегда должны обладать определенным «запасом прочности», т. е. резервными мощностями в виде материальных и кадровых ресурсов относительно ряда жизненно важных и социально значимых услуг на случай непредвиденных обстоятельств. В полной готовности к работе в экстремальных ситуациях должны находиться службы скорой медицинской помощи, санитарно-эпидемиологическая служба.

В отличие от товаров медицинского назначения, многие услуги здравоохранения не только нельзя отделить от их производителя (источника), но и подвергнуть реституционному возврату. Это

обусловлено их неосязаемостью и неразрывностью процессов предоставления и потребления. В подавляющем большинстве случаев оказание медицинской помощи требует непосредственного участия в этом процессе не только медицинских работников, но и пациентов — потребителей медицинских услуг. Как правило, с ростом степени осязаемости услуг продолжительность прямого контакта врача с пациентом сокращается.

В стоматологии и ортопедии, например, многие технологические операции, связанные с созданием материальных объектов, выполняются специалистом в отсутствие клиента (литье из металла, обжиг фарфора, изготовление и ремонт ортопедических приспособлений и др.).

Вместе с тем использование телемедицины, дистанционной диагностики, не требуя непосредственного контакта медицинского работника и пациента, открывают новые возможности для медицины как практики, диагностики и лечения заболеваний в реальном режиме времени.

Неоднородность (изменчивость) качества услуг. Медицина — это творческий процесс, который не бывает однозначным, однородным. Не секрет, что качество медицинских услуг во многом зависит от того, кто и в каких условиях их оказывает. Больной, поступивший, например, на плановую операцию в областную клиническую больницу, рискует, естественно, меньше, чем пациент обычной районной больницы, получающий экстренную медицинскую помощь.

Согласно формулировке, предложенной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), качество медицинских услуг — это совокупность их характеристик и свойств, имеющих эмпирическую природу и способных удовлетворять установленным требованиям. Качество медицинской услуги формируется в результате согласования желаний пациентов получить пользу от ее предоставления с реально ощутимым восприятием от ее потребления.

Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении нет, да и не может быть единого (обезличенного) подхода к лечению всех больных, даже при наличии одних и тех же видов болезней. В диагностическом, тактическом и техническом аспектах качественные характеристики услуг здравоохранения могут изменяться в весьма широких пределах. В отличие от других сфер профессиональной деятельности, в медицине летальный исход отнюдь не является противоестественным и противоправным. Неизлечимая болезнь, несвоевременное обращение за медицинской помощью, общая ослабленность организма, антигиги-

нический образ жизни, идиосинкразия к тому или иному лекарственному средству — весь этот комплекс факторов может стать причиной летального исхода, как правило, независимо ни от характера действий, ни от уровня квалификации медицинского персонала.

Обычно причины неблагоприятных последствий разделяют 3 группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и наказуемые упущения (или профессиональные правонарушения, ятрогенный деликт). Согласно экспертной оценке, 9,4% случаев некачественного лечения обусловлены запоздалым обращением пациента за помощью и его отказом от госпитализации; 5,5% — недостатками в организации медицинской помощи (несвоевременные консультации специалистов, слабая преемственность в работе врачей и т. п.) Примерно равное по силе негативное воздействие оказывают на результаты лечения его дефекты: диагностические (32,9%), тактические (36,2%), технические (30,9%).

Недобросовестность персонала признана основной причиной 7,4% неблагоприятных исходов, зафиксированных в судебно-медицинских актах. Как правило, небрежность и самонадеянность врачей являются причиной их безответственного отношения к собираемому анамнезу, а иногда полного его игнорирования.

Нередко лечащие врачи становятся причиной возникновения у пациентов так называемых ятрогенных (от греч. *iátrōs* — врач, *gennaō* — произвожу) заболеваний. Неосторожно сказанное врачом слово, некорректное поведение медперсонала, его невнимательность, бестактность, недостаток общей культуры — все это в той или иной мере способно оказать негативное влияние на общее состояние здоровья больного.

Характерный фактор изменчивости качества медицинских услуг — уникальность клинической картины каждого заболевания. Вероятность благоприятного исхода любого лечения зависит от степени излечимости заболевания, степени ослабленности организма больного, непереносимости им тех или иных препаратов, своевременности его обращения за медицинской помощью и др. Даже время суток, выбранное для проведения конкретных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, может иметь иногда решающее значение.

Важную роль в повышении однородности качества медицинских услуг играет стандартизация. Основными объектами стандартизации в здравоохранении, помимо технико-технологического обеспечения выполнения медицинских услуг и их качества, являются организационные и информационные технологии, квалификация персонала, качество лекарственных средств и медицинской

техники, учетно-отчетная документация и экономические аспекты здравоохранения.

Недостаточная объективность оценки медицинской услуги. Неосязаемость медицинских услуг, неоднородность их качества, недостаточная объективность оценки их качества, результативности, эффективности и денежной оценки, реально существующая асимметрия информационных полей производителя и потребителя услуг обуславливают необходимость установления доверительных отношений между врачами и пациентами. Нередко в случае неблагоприятного исхода лечения пациенты, их родственники и друзья, руководствуясь принципом *post hoc ergo propter hoc* ('«после этого» значит «вследствие этого»'), пытаются искать виновных среди врачей, тогда как в действительности подобный исход зачастую объясняется специфическими особенностями и характером конкретного заболевания. Не имея возможности адекватно оценивать полезность услуг ни до, ни (нередко) после их потребления, пациенты волей-неволей вынуждены всецело полагаться на профессиональную репутацию, уровень квалификации и опыт работы медицинского персонала. Независимо от обстоятельств они подсознательно ощущают доверие к лечащим врачам, врачам-консультантам, экспертам и возлагают на них надежды.

Уровень доверия пациентов к обслуживающей их лечебно-профилактической организации (врачу частной практики) во многом зависит от степени ее информационной открытости, полноты и достоверности сведений о деловых качествах работников организации (врачей и других специалистов), наличия листовок, брошюр, буклетов, призванных помочь пациентам составить собственное мнение о характере, качестве и условиях предоставления услуг. Укреплению доверия способствуют разного рода презентации, семинары, консультации, а также направленность на повышение осязаемости услуг путем включения в них материально-вещественного элемента (в пластической хирургии, например, нельзя обойтись сегодня без демонстрации изменения черт лица пациента в результате выполнения предлагаемой ему операции посредством компьютерного моделирования).

Услуги организованного медицинского обслуживания и врачей частной практики. В соответствии с характером производственного процесса различают *услуги организованного медицинского обслуживания*, предоставляемые организациями здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, и *услуги врачей частной практики*. Монополия медицинских организаций распространяется на все виды услуг, технология

производства которых либо является слишком сложной и трудоемкой для врачей частной практики, либо требует от них слишком больших капиталовложений, а также на услуги, производить которые в соответствии с действующими правилами могут только организации — юридические лица.

5.2

ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМЫЕ, ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩИЕ И НЕЗАВИСИМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Взаимозаменяемые медицинские услуги. Рост потребления взаимозаменяемых медицинских услуг одного вида всегда сопровождается соответствующим падением спроса на связанные с ними услуги другого вида. К числу взаимозаменяемых могут относиться, в частности, профилактические и лечебные услуги: активная и своевременная профилактика заболеваний способствует, как известно, снижению потребности в осуществлении лечебных мероприятий. Следует в то же время иметь в виду, что нельзя без риска для здоровья человека заменить одно предусмотренное технологией лечения лечебно-диагностическое мероприятие другим (конечно, за исключением внедрения новой усовершенствованной технологии, но это совсем другой случай).

Не столь очевидной (но от этого не менее сильной) является, например, зависимость между лечением болезней зубов и полости рта и состоянием желудочно-кишечного тракта, возникновением полиартритов, нефритов, эндокардитов, анемии.

Взаимодополняющие и независимые медицинские услуги. Для взаимодополняющих медицинских услуг характерна другая тенденция: с увеличением спроса на одну из них возрастает спрос и на все остальные. Совершенствование диагностических технологий, например, стимулирует рост потребности в лечении заболеваний, выявленных на начальных стадиях развития. Четко прослеживается взаимосвязь между потреблением лечебно-профилактических и медико-сервисных услуг (особенно в больничном секторе индустрии здоровья).

Прямым следствием активизации деятельности участковых врачей в период эпидемии гриппа является резкое увеличение спроса на услуги аптечных организаций.

Услуги, потребность в которых не коррелируется, называются независимыми. Например, нет необходимости доказывать, что между профилактикой кариеса и лечением глазных болезней не существует какой-либо явной или скрытой взаимосвязи.

Взаимозаменяемые, взаимодополняющие, независимые медицинские услуги и бизнес-планирование. Деление медицинских услуг на взаимозаменяемые, взаимодополняющие и независимые услуги можно эффективно использовать в целях перспективного бизнес-планирования. Всегда важно знать, какие изменения в конъюнктуре рынка произойдут при производстве медицинской организацией нового для нее вида услуг. Если, допустим, эти услуги являются взаимозаменяемыми по отношению к тем, которые уже предлагаются на рынке, они могут либо частично, либо полностью вытеснить их (имея явные преимущества), либо, напротив, оказаться невостребованными (в силу низкого качества, высокой цены, отсутствия рекламы и т. п.).

В процессе планирования производства новых видов медицинских услуг нередко приходится решать этико-экономические проблемы. Например, эффективная профилактика кариеса, как известно, способствует снижению спроса на услуги, связанные с лечением этого заболевания, поэтому врачам, заинтересованным в получении стабильно высоких доходов, нет, казалось бы, никакого смысла переориентироваться на профилактику. Однако рынок все же вынуждает их следовать своему врачебному долгу. Среди коммерческих стоматологических организаций и частнопрактикующих врачей-стоматологов всегда найдутся такие, которые в силу самых разных причин (профессиональной порядочности, желания не отстать от других) первыми решатся включить профилактику в число приоритетных направлений своей деятельности, инициировав тем самым процесс, который уже невозможно остановить.

В то же время иногда недобросовестные стоматологи преднамеренно удаляют пациентам зубы, которые можно было бы излечить, порождая тем самым у них потребность в дополнительной дорогостоящей услуге — протезировании.

5.3

ОСОБЕННОСТИ СПРОСА НА УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Спрос на медицинские услуги рыночных производителей. Как уже отмечалось (см. главу 3), конечные результаты деятельности рыночных производителей индустрии здоровья представляют частные блага, которые потребители получают на платной основе по рыночным ценам. Поэтому главным фактором, определяющим ве-

личину спроса и предложения на такого рода медицинские услуги, является цена.

Примерная кривая совокупного спроса на платные медицинские услуги, построенная в координатах «величина спроса — цена», изображена на рис. 5.2.

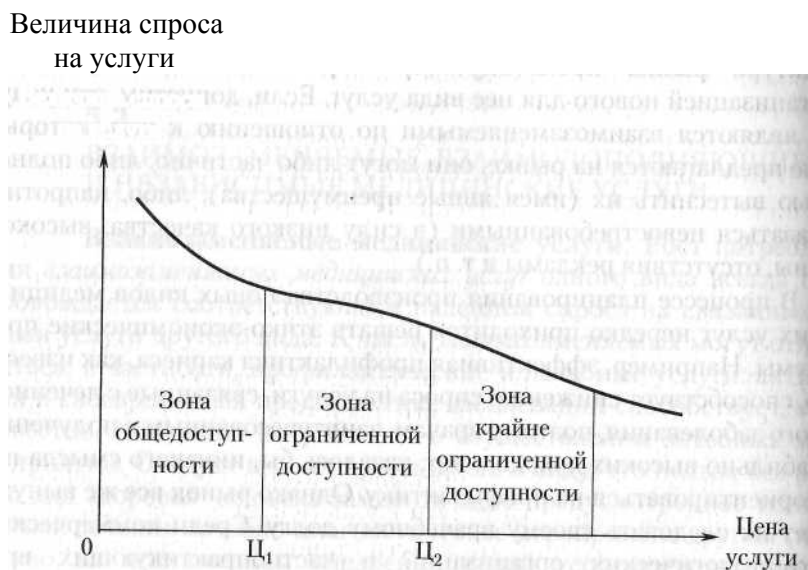


Рис. 5.2. Спрос на платные медицинские услуги

Как видно из графика, характер зависимости величины спроса на медицинские услуги от их цены изменяется неоднородным образом, хотя общая тенденция снижения величины спроса на услуги по мере роста цены, известная как закон спроса, имеет место и в отношении такого специфического товара, как платные услуги здравоохранения. На кривой спроса выделяются 3 характерные части, соответствующие разным уровням цен.

Зона общедоступности характеризуется уровнем цен на услуги, не отягощающим потребителя. Если рыночные цены на услуги находятся в пределах от величины, близкой к нулю, до некоторого значения C_1 , приемлемого для потребителя (т. е. его расходы на медицинские услуги намного меньше денежных доходов), то потребитель будет приобретать эти услуги практически вне зависимости от величины их цены. Это относится к недорогим видам медицинской помощи, лечения. Иначе говоря, чувствительность величины спроса по отношению к цене, именуемая в экономической теории эластичностью спроса, будет невысокой, величина спроса слабо снижается с увеличением цены.

Если рыночные цены на услуги начинают превышать пороговое значение C_1 и становятся тем самым значимыми, влияющими на бюджет потребителя, составляющими ощутимую долю его расходов, то чувствительность величины рыночного спроса на платные услуги к цене услуг становится ощутимой. Иначе говоря, величина спроса на услуги резко уменьшается при увеличении цены, так как услуги по таким ценам недоступны для определенных категорий потребителей, не обладающих достаточным доходом.

В этом диапазоне цен, соответствующем изменению их значения от нижнего предельного значения C_1 до верхнего предельного значения C_2 , эластичность величины совокупного спроса на услуги по отношению к цене услуг довольно высока, т. е. по мере роста цен услуги становятся доступными для все более ограниченного круга потребителей. Такому диапазону цен соответствует зона ограниченной доступности услуг; воспользоваться рыночными услугами объеме, определяемом потребителями, могут далеко не все нуждающиеся в них люди.

Если цена платных услуг превышает второе пороговое значение C_2 , картина спроса на эти услуги вновь меняется. Цены достигают таких высоких значений, что услуги становятся доступными крайне ограниченному кругу потребителей, имеющему высокий доход. Этим потребителям даже такие цены не страшны, и они могут руководствоваться принципом: «Во имя своего здоровья мы за ценой не постоим». В итоге при ценах, превышающих второе пороговое значение C_2 , соответствующих зоне крайне ограниченной доступности услуг, эластичность величины спроса по отношению к рыночной цене услуг вновь становится невысокой; с увеличением цен величина спроса на услуги уменьшается не слишком значительно.

Конечно, существуют «запредельные» рыночные цены на медицинские услуги, при которых величина спроса на них падает до значений, близких к нулю, но такие цены находятся вне области практического интереса, ибо круг потребителей, способных приобретать столь дорогие услуги, ничтожно мал.

Предложение медицинских услуг рыночными производителями. Довольно характерными особенностями, но несколько в меньшей степени по сравнению со спросом обладает и предложение рыночных производителей медицинских услуг. В условиях рыночных отношений величина предложения платных медицинских услуг подчинена закону предложения, согласно которому она тем больше, чем выше цена услуг при прочих равных условиях. Смысл этой закономерности таков: чем выше цены, тем большую прибыль они

приносят производителю платных услуг, в связи с чем повышается его заинтересованность в наращивании объема услуг.

Учитывая эту закономерность, построим типичную кривую совокупного предложения¹ платных медицинских услуг определенного вида: зависимость величины (объема) предложения услуг со стороны их производителей от складывающихся на рынке цен на данные услуги. Примерная кривая предложения, построенная в координатах «величина предложения услуг — цена услуг», изображена на рис. 5.3.

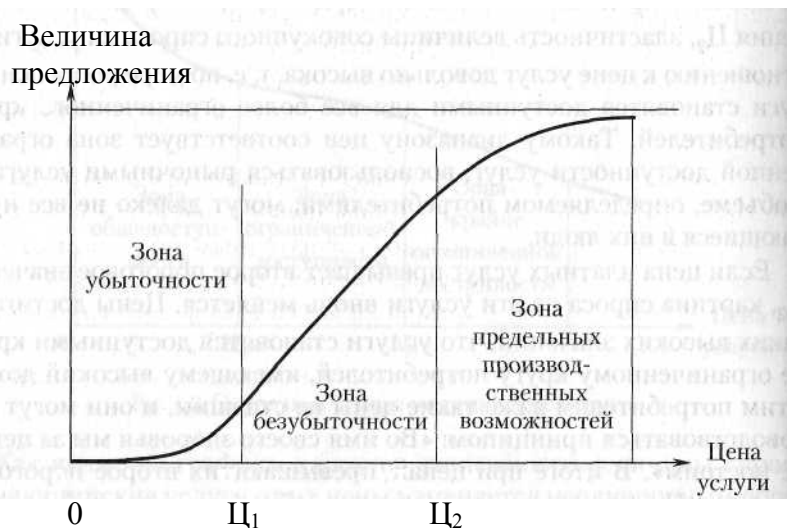


Рис. 5.3. Кривая совокупного предложения платных медицинских услуг

Вид кривой совокупного предложения платных медицинских услуг на рынке со стороны их производителей во многом предопределен не только действием закона предложения, но и ограничительными условиями в виде необходимости получения прибыли производителями услуг и ограниченности их ресурсных возможностей наращивания производства услуг в течение кратковременного периода.

При величинах рыночных цен на услуги, меньших некоторого нижнего предельного значения C_0 , производить и продавать услуги невыгодно, так как выручка от продаж по такой цене ниже затрат на

¹ Совокупное предложение — общее количество товаров и услуг, которое может быть произведено и предложено в соответствии со сложившимся уровнем цен.

производство услуг, и такое производство становится убыточным. Производитель может производить и продавать услуги по таким ценам и даже наращивать их производство лишь исходя из соображений благотворительности, в надежде на добровольные взносы, пожертвования и государственные дотации, в целях рекламирования своих услуг, а также с учетом известного из экономической теории и практики положения, согласно которому при росте объемов производства в определенных пределах удельные издержки производства, расходы производителя на предоставление услуги снижаются. В силу этих причин платные услуги частично производятся даже при уровне цен на них, соответствующих зоне убыточности. Но в основном производить и продавать в течение длительного времени медицинские услуги по ценам, не обеспечивающим окупаемость затрат, - функция нерыночных, а не предпринимательских организаций.

Если цена платных услуг превышает нижнее предельное значение $Ц_0$, то их производство по таким ценам становится выгодным для производителя, т. е. не только безубыточным, но и приносящим прибыль (при наличии предположения, что услуги пользуются спросом и находят сбыт). Основная масса производимых платных медицинских услуг должна находиться в зоне безубыточности, т. е. продаваться по ценам, обеспечивающим окупаемость затрат производителей. В этом случае производители будут экономически заинтересованы в наращивании объема услуг и кривая предложения будет отражать действие закона предложения.

Было бы, однако, ошибочным предполагать, что с ростом рыночных цен на медицинские услуги объем предлагаемых платных услуг определенного вида будет возрастать без ограничений, как формально следует из закона предложения. Начиная с некоторого верхнего предельного значения цены ($Ц$), вступят в действие ограничительные факторы, препятствующие росту объема предложения.

Во-первых, производственные возможности оказания данного вида услуг производителем не могут превзойти предельного уровня (Q), соответствующего состоянию ресурсного потенциала производителей, наличию у них необходимых материальных, трудовых, финансовых, информационных ресурсов. А чтобы увеличить производственный потенциал, понадобятся вложения капитала и время, так что в краткосрочной перспективе превзойти предельный уровень производства не удастся.

Во-вторых, согласно известному из экономической теории закону убывающей доходности, начиная с определенного уровня произ-

водства его дальнейшее увеличение приводит к такому росту затрат факторов производства, что наращивать производство услуг сверх этого уровня становится невыгодным.

Наконец, нельзя не учитывать и того, что сверх определенного предела предложение услуг становится избыточным, т. е. предлагаемые услуги не пользуются спросом, а это ведет к превышению величины предложения над величиной спроса, что чревато снижением рыночных цен и потерями производителей.

Все это вместе взятое и предопределяет форму кривой совокупного предложения на платные медицинские услуги (см. рис. 5.3).

Рыночные силы спроса и предложения платных медицинских услуг. Ранее речь шла преимущественно о совокупном спросе и предложении медицинских услуг определенного вида в масштабах всей страны или крупного региона. Однако на отдельных локальных рынках спрос и предложение услуг, особенно специализированных медицинских услуг, могут складываться по-разному, отклоняясь от линии изменения совокупного спроса и предложения на данные услуги. Поэтому каждый производитель конкретных услуг должен изучать спрос на эти услуги, ориентируясь на так называемый целевой рынок, где он намерен их предлагать, и соответственно выработать тактику предложения с учетом спроса и производственных затрат. Кривые спроса и предложения служат лишь общими ориентирами, позволяющими понять действия рыночных механизмов.

Следует также принимать во внимание взаимодействие спроса и предложения рыночных платных услуг и бесплатных услуг. Во многом эти разновидности медицинских услуг взаимозамещаемы, поэтому практически нереально делать уверенные выводы о спросе и предложении платных услуг без учета объема структуры, доступности адекватных бесплатных медицинских услуг в данном регионе. Оба вида предоставления услуг могут оказаться как взаимодополняющими друг друга, так и конкурентными. К тому же и на самом рынке платных медицинских услуг развивающаяся конкуренция между производителями таких услуг оказывает все большее влияние на спрос, предложение и рыночные цены.

Спрос и предложение медицинских услуг, оказываемых нерыночными производителями. Медицинские услуги, создаваемые нерыночными производителями, предоставляются потребителям бесплатно или по ценам, которые не оказывают существенного влияния на их спрос и предложение (см. главу 3). В этих условиях предложение таких медицинских услуг зависит от возможностей государственного бюджета, фондов обязательного меди-

цинского страхования, благотворительных пожертвований и т.д. Бесплатные медицинские услуги призваны удовлетворить наиболее социально значимые потребности населения в медицинской помощи.

Характерно, что при уровне цен, соответствующем зоне общедоступности услуг, разница между бесплатными для потребителя и платными медицинскими услугами «размывается», в определенном смысле исчезает. Потребитель может даже предпочесть платимые медицинские услуги, которые ему вполне по карману, исходя из того, что они являются более качественными или их проще получить, не выстаивая очередь к врачу.

5.4

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Факторы, влияющие на эффективность медицинской деятельности. **В условиях рыночных отношений во всех сферах здравоохранения особенно актуальной становится проблема анализа и оценки финансово-хозяйственного состояния медицинских организаций.**

В теории и практике экономического анализа в здравоохранении важную роль играет выбор системы показателей, используемых в качестве критериев диагностики экономического положения конкретных объектов исследования. Практической медицине такая система крайне необходима потому, что в условиях рыночных отношений медицинским организациям приходится самостоятельно определять свою экономическую стратегию, адекватную складывающейся в каждый конкретный момент времени конъюнктуре рынка.

Система показателей, характеризующих эффективность предпринимательской деятельности медицинских организаций, должна соответствовать следующим требованиям:

- включать минимально достаточные группы взаимосвязанных показателей, представляющих основные направления внутреннего и внешнего воздействия на конечный финансовый результат медицинской деятельности;
- содержать внутригрупповые показатели, количественно измеряемые и корреспондирующие с существующей на момент анализа системой учета;

- обеспечивать возможность получения количественных оценок степени достижения целей медицинской организации, используемых в дальнейшем в процессе подготовки предложений по внесению соответствующих корректив в ее экономическую стратегию.

Соответствующие этим требованиям факторы эффективности медицинской деятельности приведены в табл. 5.1.

Таблица 5.1

Внутренние и внешние факторы,
влияющие на конечный результат деятельности медицинских организаций

Внешние факторы	Внутренние факторы
Рыночные возможности	Производственный потенциал
Конъюнктура регионального рынка медицинских услуг	Оказываемые услуги, выполняемые работы
Информационно-просветительское и рекламное обеспечение продвижения медицинских услуг	Научно-технический уровень используемых технологий
	Состояние финансов
	Характеристика кадрового потенциала

В соответствии с направлением воздействия на конечный финансовый результат в единой системе показателей экономической эффективности медицинской деятельности выделены два вида факторов: внутренние и внешние. Каждый из них характеризуется совокупностью специфических показателей.

Внутренние факторы. К внутренним факторам, воздействующим на конечные результаты медицинской деятельности, относят следующие факторы.

1. Положение на рынке:

- объем реализации медицинских услуг;
- доля, занимаемая медицинской организацией в профильном сегменте регионального рынка;
- число постоянных клиентов;
- уровень цен (по сравнению с конкурентами).

2. Предоставление услуг:

- объем реализации медицинских услуг;
- качество услуг;
- эффективность использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов.

3. Научно-технический уровень используемых технологий:

- доля оборудования, отвечающего мировым стандартам;
- количество используемых лечебных методик, соответствующих уровню развитых стран.

4. Состояние финансов:

- отношение балансовой или чистой прибыли к собственному капиталу;
- отношение балансовой или чистой прибыли к себестоимости услуг (рентабельность предоставления услуг);
- коэффициент оборачиваемости собственного капитала;
- коэффициент оборачиваемости оборотного капитала;
- коэффициент покрытия;
- коэффициент покрытия краткосрочной задолженности ликвидными средствами;
- коэффициент ликвидности оборотных активов;
- соотношение дебиторской и кредиторской задолженностей;
- доля собственного капитала в активах;
- отношение долгосрочной задолженности к собственному капиталу;
- оборачиваемость материальных запасов.

5. Характеристика кадрового потенциала:

- численность персонала по группам: врач, средний медицинский работник, младший медицинский работник;
- медицинский стаж работников;
- тарифный разряд работников;
- коэффициент выбытия;
- коэффициент приема на работу;
- коэффициент стабильности кадров.

Внешние факторы. К внешним факторам, влияющим на эффективность функционирования медицинской организации, относятся следующие факторы.

1. Рыночные возможности:

- емкость рынка медицинских услуг на момент анализа;
- кратко-, средне- и долгосрочный прогнозы емкости рынка медицинских услуг;
- доля рынка, приходящаяся на основных конкурентов (для крупных медицинских клиник).

2. Конъюнктура регионального рынка медицинских услуг:

- конъюнктура рынка на момент анализа;
- прогноз конъюнктуры рынка.

Система показателей экономической эффективности медицинской деятельности. Чтобы определить основные показатели, которые позволяют оценить экономическую эффективность медицинской деятельности, необходимо прежде всего охарактеризовать себестоимость медицинской услуги.

Себестоимость медицинской услуги складывается из следующих видов затрат:

- заработной платы основного медицинского персонала (врачей, медсестер, лаборантов, санитарок) с учетом фактически отработанного времени и принятых нормативов затрат труда;
- заработной платы обеспечивающего персонала (административно-хозяйственных и инженерно-технических работников, старших медсестер, сестер-хозяйек), определяемой по установленному нормативу;
- прямых затрат на материалы, препараты, медикаменты, реактивы и другие расходные средства, учитываемых по факту расхода;
- амортизационных отчислений на восстановление зданий, сооружений, механизмов, медицинского и другого оборудования, инвентаря в соответствии с принятыми нормами амортизации;
- расходов на оплату коммунальных услуг, канцелярских товаров и т. п.

Сопоставляя полученные результаты с понесенными затратами, можно получить характеристику эффективности использования хозяйствующим субъектом имеющихся в его распоряжении ресурсов.

Главным результатом предпринимательской деятельности в здравоохранении является *прибыль*. На основе этого показателя рассчитывается *рентабельность* — как частное от деления суммы прибыли на себестоимость оказанных организацией услуг. Обычно в каждом таком случае речь идет о чистой прибыли, т. е. о прибыли, остающейся после уплаты налогов и других обязательных платежей, хотя углубленный экономический анализ предполагает изучение отдельных слагаемых прибыли от основной деятельности, от внереализационных операций и балансовой прибыли в

целом. Такой подход особенно актуален, поскольку в последнее время широкое распространение получила практика декларирования значительной части прибыли от основной деятельности как прибыли, полученной в результате внебюджетных операций.

Главным показателем экономической эффективности работы бюджетных медицинских организаций является отношение совокупных затрат к количеству пролеченных больных, т.е. среднее значение *себестоимости обслуживания одного пациента*.

Важную информацию для экономического анализа предоставляет расчет *производительности труда* работников медицинской организации. В научной литературе для анализа эффективности трудовых затрат в сфере здравоохранения предлагается также использовать показатель чистой продукции, т.е. стоимость оказанных услуг (выполненных работ) без учета стоимости материальных затрат.

Производительность труда работников определяется в общем случае посредством деления общей выручки от реализации услуг на среднесписочную численность медицинского персонала (как вариант знаменателем этой формулы может быть время, затраченное на оказание услуг). Существует мнение, что включение в формулу расчета производительности труда показателя общего объема выручки неизбежно будет стимулировать увеличение материальных затрат. Но, как показывает практика, для этих опасений нет реальных оснований. Дело в том, что на рынке медицинских услуг уже давно сложилась четкая и устойчивая тенденция: чем выше цена — тем выше качество лечения.

До недавнего времени для здравоохранения было нехарактерно использование в процессе экономического анализа показателя *фондоотдачи* в стоимостном выражении, тогда как в натуральном выражении этот показатель всегда широко применялся при определении числа посещений больных, количества пролеченных пациентов. Потребность в анализе натуральных форм показателя фондоотдачи сохраняется, естественно, и сегодня, так как на их основе формируется представление о размере материальных затрат на единицу полученного результата — одного пролеченного больного, но приоритет теперь принадлежит стоимости основных средств — важнейшему показателю технической оснащенности медицинских организаций, а в итоге — и качества оказываемых ими услуг.

Применение в предпринимательских медицинских организациях стоимостного показателя фондоотдачи, рассчитываемого как отношение объема выручки за оказанные услуги к стоимости основных средств, способствует пониманию экономической эффективности их использования и дает достоверную информацию для принятия управленческих решений, направленных на повышение доходности организации. Существенно дополнить проводимый анализ может замена числителя на тот или иной показатель, характеризующий величину прибыли.

Тем не менее в российском здравоохранении по-прежнему отдается предпочтение затратному методу анализа эффективности использования основных средств.

В частности, «Методические рекомендации по анализу использования основных средств» предлагают проводить расчет фондоотдачи в стоимостном выражении определением суммы текущих затрат на содержание, приходящейся на 1000 рублей основных фондов. При этом не учитывается, что хотя увеличение текущих затрат вне связи с результатами лечения и приведет (теоретически) к росту фондоотдачи, однако на самом деле результатом будет не что иное, как перерасход материальных ресурсов при тех же (или даже худших) медицинских (а в конечном счете и экономических) показателях.

К наиболее серьезным проблемам, связанным с обеспечением корректности выводов, получаемых в процессе анализа экономической эффективности медико-производственной и финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, относится учет темпов инфляции в стране. В целях компенсации влияния этого фактора на адекватность результатов проводимого исследования рекомендуется цены на медицинские услуги (работы) и другие стоимостные показатели выражать в какой-либо достаточно устойчивой валюте, — долларах США, евро, английских фунтах стерлингов и др.

Экономическая эффективность в отдельных сферах медицинской деятельности (на примере стоматологии). Использование рассмотренной выше системы показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, создает необходимые предпосылки для эффективного управления ими в рыночных условиях с учетом как их внутреннего потенциала, так и направления и силы воздействия внешних факторов, характерных для рыночной модели экономического развития. Однако в ряде сфер здравоохранения только этих основных показателей для получения комплексной оценки экономической эффективности медицинской деятельности

недостаточно. В первую очередь это касается стоматологической деятельности, отличающейся от других видов медицинской практики вещественным содержанием оказываемых услуг и возможностью их четкого количественного учета. Даже возможность учета самого факта оказания медицинской помощи в стоматологии намного выше, чем в других отраслях здравоохранения, что самым существенным образом отражается на сути взаимоотношений стоматологических организаций с медицинскими страховыми компаниями. Специфика стоматологии проявляется в совокупности дополнительных показателей, характеризующих эффективность работы (табл. 5.2.).

Таблица 5.2

Показатели экономической эффективности стоматологических организаций

Результаты	Затраты		
	Себестоимость услуг (С)	численность работников (Ч)	Основные средства (Ф)
Основные показатели результатов	Основные показатели эффективности затрат		
Выручка (В)	В/С	В/Ч	В/Ф
Прибыль балансовая (от основной деятельности) чистая (П)	П/С	П/Ч	П/Ф
Количество пролеченных больных (К)	С/К	К/Ч	Ф/К
Дополнительные показатели результатов	Дополнительные показатели эффективности затрат		
Количество запломбированных зубов (З)	С/З	З/Ч	Ф/З
Количество санаций (Сан)	С/Сан	Сан/Ч	Ф/Сан
Количество операций (О)	С/О	О/Ч	Ф/О
Количество подготовленных к установлению зубных протезов (ЗП)	С/ЗП	ЗП/Ч	Ф/ЗП

Предложенный комплекс показателей эффективности стоматологической деятельности — типовой для всех стоматологических клиник (отделений, кабинетов). В зависимости от объема услуг, оказываемых стоматологическими организациями, и места их нахождения допускается корректировка этого комплекса в сторону сокращения числа анализируемых показателей по тому или иному

разделу в соответствии с реальными условиями медико-производственной и финансово-хозяйственной деятельности конкретных субъектов стоматологического рынка.

5.5

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТИЧЕСКОГО ОБЪЕМА ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Рентабельность медицинской деятельности. Как уже отмечалось ранее, в системе показателей, используемых для оценки экономической эффективности предпринимательских медицинских организаций, центральное место занимает показатель *рентабельности*, рассчитываемый как процентное отношение балансовой (П) или чистой прибыли (ЧП) к себестоимости (С) медицинских услуг.

На размер получаемой медицинской организацией балансовой прибыли влияют две величины: выручка от реализации услуг (В) и их себестоимость, — что следует из формулы:

$$П = В - С.$$

Сумму выручки (В) определяют средняя цена (Ц) и количество (К) оказанных организацией услуг:

$$В = Ц \times К.$$

Себестоимость медицинских услуг складывается из двух видов затрат: условно-постоянных (Зпост) и условно-переменных (Зперем.)

$$С = З_{\text{пост}} + З_{\text{перем.}}$$

Необходимость деления затрат на условно-постоянные и условно-переменные объясняется в данном случае тем, что значительная часть расходов (условно-постоянные), связанных с производством медицинских услуг, зависит в основном не от объема этих услуг, а от условий организации процесса их предоставления. В то время как условно-переменные затраты зависят от объема оказываемых услуг.

Используя еще один важный показатель, характеризующий условно-переменные затраты на единицу оказываемых услуг (УЗперем), получим окончательную расчетную формулу для определения величины валовой прибыли:

$$П = К \times Ц - (З_{\text{пост}} + УЗ_{\text{перем}} \times К).$$

Применение этой формулы делает возможным установление функциональной (математической) зависимости между прибылью, количеством оказанных услуг и их себестоимостью, на основе которой в процессе компьютерного моделирования изучаются особенности влияния величины себестоимости и количества оказанных услуг на размер получаемой прибыли.

Условно-постоянные расходы. В медицинской практике к условно-постоянным расходам относятся:

- амортизация зданий, сооружений, оборудования и транспортных средств;
- амортизация нематериальных активов (приобретенных патентов, ноу-хау, программных продуктов и т. п.);
- расходы на капитальный ремонт;
- оплата труда вспомогательного персонала (основная и дополнительная заработная плата с начислениями);
- затраты на мягкий инвентарь и обмундирование;
- оплата коммунальных услуг и связи;
- расходы на канцелярские принадлежности, материалы и предметы для текущих хозяйственных целей;
- расходы на командировки и служебные разъезды;
- расходы на проведение НИР;
- расходы на маркетинг, включая рекламу, представительские расходы;
- расходы на обучение и переобучение персонала.

Хотя значительную часть условно-постоянных расходов составляют затраты, без которых медицинская деятельность практически невозможна (амортизация зданий, сооружений и оборудования, оплата труда вспомогательного персонала, коммунальных услуг), есть среди них и такие, которые администрация медицинской организации может либо сократить, либо вовсе исключить в критических ситуациях (финансирование НИР, представительские и командировочные расходы).

Условно-переменные расходы. К условно-переменным расходам медицинских организаций относятся:

- оплата труда основного медицинского персонала;
- начисления на заработную плату основного медицинского персонала;
- приобретение предметов снабжения и расходных материалов;

- стоимость электроэнергии, используемой на технологические цели.

Расчет точки критического объема производства медицинских услуг. Важным элементом исследования экономической эффективности медицинской деятельности является расчет точки критического объема производства услуг с помощью графика безубыточности. Типичный график безубыточности, построенный с учетом предположения линейной зависимости выручки и условно-переменных расходов от объема реализации стоматологических услуг, приведен на рис. 5.4

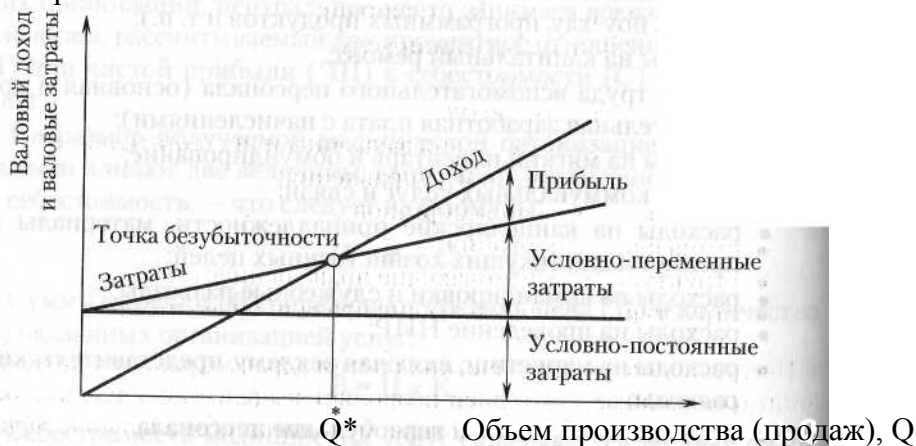


Рис. 5.4 График убыточности

По горизонтальной оси на графике безубыточности отражен объем реализации стоматологических услуг, выраженный либо в условных единицах трудоемкости (УЕТ), характеризующих количество труда, затрачиваемого врачом в соответствии со стандартом на лечение среднего кариеса, либо в количестве пролеченных больных (как в настоящем случае). По вертикальной оси отражена выручка от реализации услуг и себестоимость с разделением на постоянную и переменную составляющие.

Из графика безубыточности видно, при каком минимальном объеме реализации услуг стоматологическая деятельность становится прибыльной. Точка пересечения линий, соответствующих себестоимости услуг и выручке от их реализации, называется точкой критического объема реализации услуг — *точкой безубыточности*.

5.6

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: МИРОВОЙ ОПЫТ

Критерии сравнения систем управления. При рассмотрении существующих в мире управленческих моделей здравоохранения можно сделать вывод о том, что, несмотря на видимое разнообразие и наличие специфических черт, формирование этих моделей происходит в русле социально-экономической политики, проводимой в стране. Для адекватного сравнения моделей необходимо проанализировать их по ряду критериев:

- объем государственных гарантий;
- источник финансирования услуг;
- заказчик, его статус;
- исполнитель, его статус;
- характер взаимодействия заказчика и исполнителя;
- схема государственного управления;
- роль государственных органов;
- схема финансирования;
- структуры, обеспечивающие права пациентов;
- структуры, обеспечивающие права производителей.

Исследование управленческих систем здравоохранения на основании изложенных критериев позволяет выделить следующие основные модели: всеобщая частная медицина; обязательное медицинское страхование (ОМС) для отдельных категорий граждан; всеобщее обязательное медицинское страхование; всеобщее государственное медико-социальное страхование; государственная монополия на страхование. В качестве самостоятельной модели рассматривается организация управления российским здравоохранением.

Всеобщая частная медицина. Система здравоохранения, функционирующая в основном на принципах рыночного хозяйствования, без существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан представляет модель всеобщей частной медицины. При данной системе управления объем медицинской деятельности формируется путем саморегулирующего рынка. В результате неимущее население не имеет доступа к квалифицированной медицинской помощи.

Производителями медицинских услуг являются независимые частные врачебные практики. Участие государства сводится только к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий

и минимальных санитарных условий в местах общественного пользования, а также проведению мер по изоляции и лечению больных, представляющих опасность для общества (инфекционных, психиатрических и т. д.).

В развитых странах мира система всеобщей частной медицины существовала до конца XIX века. В настоящее время такая модель управления в здравоохранении присуща только наименее развитым странам Азии и Африки.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) для отдельных категорий граждан. Государственная поддержка здравоохранения при такой модели не носит всеобщего характера. Взаимоотношения между производящей, финансирующей, контролирующей и потребляющей сторонами основаны на свободном выборе, независимости, двусторонних договорных обязательствах. При этом объем И номенклатура обслуживания основаны на конкуренции и рыночном регулировании спроса и предложения.

Значительная часть населения не имеет гарантированной медицинской помощи. Особенностью данной системы управления является необоснованный объем затрат на здравоохранение (13—18% от ВВП). Для нее характерны тенденция к сверхпотреблению медицинской помощи имущими слоями населения, отсутствие эффективных регуляторов цен и объемов медицинской деятельности.

В настоящее время подобные системы существуют в США, большинстве арабских, африканских и ряде латиноамериканских стран.

Всеобщее обязательное медицинское страхование (континентальная модель). В соответствии с этой моделью управления государство для обеспечения гарантированной медицинской помощи большинства населения законодательно обязывает как работодателей, так и граждан в обязательном порядке отчислять часть доходов на медицинское страхование. В свою очередь производители медицинских услуг обеспечивают население медицинской помощью в рамках государственных обязательств (программы ОМС) при посредничестве страховых организаций. Данная модель управления здравоохранением также именуется «концепцией Эйтховена» или «континентальной моделью».

Органы управления здравоохранением в основном контролируют «правила игры» в саморегулирующейся и самовоспроизводящейся системе: работодатели — страховые компании — лечебные организации — население.

Таким образом, имея рыночную структуру здравоохранения, представленную независимыми частными производителями, стра-

ховыми компаниями, не изымая средств у работодателей и граждан, но обязав их осуществлять платежи на правах свободного выбора, государство обеспечивает потребности населения в медицинской помощи посредством закона. При этом само государство непосредственно в производстве услуг не участвует.

Государственные органы управления здравоохранением в основном выполняют функции экспертно-аналитических и арбитражных служб при муниципалитетах, реализуют отдельные государственные и территориальные программы, а также занимаются вопросами санитарно-эпидемиологического благополучия.

При этом взаимоотношения между всеми независимыми субъектами системы здравоохранения осуществляются на основе свободного выбора партнера и индивидуальных договорных обязательств. Государство через предельные ставки платежа имеет определенные рычаги для регулирования общего объема затрат и, исходя из этого, может достаточно конкретно формулировать права своих граждан. В то же время объем медицинской деятельности в пределах программы ОМС и ее финансовая база не могут быть достаточно четко сбалансированы и имеют устойчивую тенденцию к росту.

Используется целый набор косвенных регуляторов, позволяющий существенно сузить границы колебаний (отклонения от прогноза) объема произведенных услуг, их себестоимости и необходимых финансовых затрат. В частности, ограничение количества обращений пациентов за помощью осуществляется путем обязательного покрытия части (30—50%) страховых взносов за счет личных средств граждан, а также оплаты ими части расходов (10—15%) в момент потребления медицинской помощи. Не покрываются затраты по медицинской помощи на непрофильных этапах лечения, без явных показаний и т. п.

Для сохранения финансовой устойчивости страховых компаний создаются резервные фонды. Существует право корректировать процент страхового платежа только в пределах установленного «коридора» для предотвращения отбора страхуемых контингентов (когда компания стремится страховать только организации, коллективы которых имеют положительное сальдо между размером платежей и объемом потребления). Используется принцип территориального покрытия страхового поля или обязательность страхования членов семей работающего.

Для ограничения объема услуг медицинских организаций осуществляется контроль счетов последних страховыми фондами, (ограничивается ассортимент и предельная цена услуг и медикамен-

тов, выводятся из системы ОМС «дорогие» медицинские организации и т. п.

Как правило, не введение одновременно с обязательным медицинским страхованием системы мер по ограничению объемов потребления быстро приводит к несоответствию объема медицинской деятельности в рамках ОМС объему финансирования.

Внедрение общенациональных систем обязательного медицинского страхования в большинстве развитых стран мира позволило обеспечить их население гарантированной медицинской помощью, повысить эффективность здравоохранения и резко ограничить затраты.

По эффективности здравоохранение, основанное на принципах обязательного медицинского страхования (8—12% от ВВП), уступает только государственным системам (государственное медицинское страхование и государственное здравоохранение).

Всеобщее государственное медико-социальное страхование (прямая модель). В условиях всеобщего государственного медико-социального страхования государство непосредственно координирует систему взаимоотношений в здравоохранении, а также само обеспечивает производство медицинских услуг. Такая форма организации управления в здравоохранении также называется «прямая модель Хехста».

На органы государственного управления в здравоохранении возлагается ответственность за сбор средств: как правило, целевого налога (который, в отличие от обязательного социального платежа, не дает права на выбор страховой компании в связи с их некоммерческим статусом). Это, в свою очередь, подразумевает наличие отраслевой налоговой инспекции по сбору средств, полное управление финансами, четкую систему госзаказа, наличие государственного и муниципального сектора — с государственным статусом производителя медицинских услуг (или, как практикуется, например, в Японии, с некоммерческим принципом оплаты деятельности лечебно-профилактических организаций по фиксированным ценам, при которых они практически работают как государственные). Отсюда — конкретные программы по объемам, затратам и жесткие регуляторы этих объемов и соответственно совершенно конкретные обязательства для всех граждан.

Все структуры объединены в две независимые вертикали «Заказчики» и «Исполнители», каждая из которых, самостоятельно осуществляя свои функции, участвует в выполнении общей задачи. Государственные органы управления координируют их

работу лишь на основе контролирующих и арбитражных функций.

Система государственного страхования— наиболее экономичная и рациональная модель в организации медицинского обслуживания населения по тем направлениям, которые берет на себя государство (6—9% от ВВП). Фактически это модель XXI века для стран, где стремятся ограничить расходы, не потеряв в эффективности и качестве.

Такие модели не допускают отделения государства от управления, управления от финансирования, финансирования от ответственности за производство услуг и за обслуживание населения. Распределение функций структур здравоохранения не предполагает их независимости от единого органа государственного управления и саморегуляции отношений на индивидуальной договорной основе.

Государственное регулирование, детальное планирование расходов и услуг и прямое управление структурами «Заказчика» исключают возможность использования ряда рыночных принципов, характерных для негосударственных моделей.

В некоторых странах (Великобритания, Италия, Испания) бесплатная помощь оказывается только на основных этапах курса лечения, а условия ее предоставления (комфортность, очередность) существенно отличаются от условий частной медицины. Поэтому там, помимо системы медицинского обслуживания в пределах государственного медицинского страхования (ГМС), широко представлен частный сектор и программы добровольного медицинского страхования (ДМС), использующие негосударственную лечебную базу. В других странах добровольное медицинское страхование почти не развито (Япония) или вообще отсутствует (Канада).

Государственная монополия на медицинское страхование. Монополия государства в системе управления здравоохранением основывается на распорядительно-распределительном принципе управления. Такая модель ориентирована на централизованный механизм формирования бюджета отрасли, организацию материально-технического и лекарственного обеспечения на основе госзаказа и фондового снабжения по фиксированным ценам, формирование и развитие лечебной сети в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т. п.

Особенностью такой системы является монопольное построение структуры лечебной сети, стандартизация медицинской помо-

щи без возможностей предоставления дополнительных платных медицинских услуг и элитного гостиничного обслуживания пациентов (за исключением отдельных групп населения), отсутствие конкурентной среды и экономических стимулов в работе медицинского персонала.

Финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из госбюджета. При этом бюджет не зависит от реальных налоговых поступлений и взносов от каждой конкретной территории, т. е. существует система единого заказчика медицинской помощи в лице государства.

Система управления здравоохранением не требует отдельной независимой структуры заказчика, отвечающего за сбор средств и представляющего интересы населения на каждой территории. Она фактически представлена только вертикалью исполнителя, включающей федеральный (Минздрав), территориальный (областные, краевые), местные органы управления и учреждения здравоохранения. Такая модель организации управления в здравоохранении характерна для большинства стран с командной плановой экономикой.

Организация управления в здравоохранении России. Модель управления в отечественном здравоохранении необходимо выделить отдельно, так как при анализе по указанным выше критериям она не соответствует ни одной из перечисленных управленческих моделей.

Система здравоохранения Российской Федерации последнего десятилетия сочетает в себе систему управления и структуру лечебной сети бывшего СССР с новыми схемами финансирования. Были введены новые структуры воспроизводства и регулирования финансовых потоков (фонды ОМС и страховые компании). При сохраненной управленческой вертикали во главу угла была поставлена территориальная модель, построенная на принципах самообеспечения и самовоспроизводства, что должно было обеспечить устойчивость и жизнеспособность функционирования данной модели здравоохранения. Однако внедряемая система здравоохранения осталась финансируемой по остаточному принципу, в то время как начала функционировать по затратному принципу. Все это привело к сверхсложной, запутанной и несбалансированной схеме взаимодействия центральных, местных органов управления с фондами и страховыми компаниями. Произошел дисбаланс между законодательной базой деятельности органов здравоохранения и их реальной рыночной направленностью. В результате появился ряд дестабилизирующих моментов:

- монопольная территориальная структура сети лечебно-профилактических организаций и невозможность рыночного перераспределения лечебных баз;
- отсутствие эффективной конкуренции страховых компаний в области ОМС;
- возможность размещения заказов на обслуживание застрахованных по дополнительным программам ДМС на базе того же юридического лица, которое задействовано в работу по системе ОМС (с неизбежным теневым перераспределением в платный сектор государственных ресурсов);
- возможность предоставления платных услуг населению с использованием государственной и муниципальной лечебной базы без выделения негосударственного юридического лица;
- объединение в хозяйственной деятельности медицинских организаций финансовых потоков, поступающих от системы ОМС, бюджета, ДМС и платных услуг;
- возможность для страховых компаний (в рамках ОМС) осуществлять отбор контингентов и страхование по отраслевому принципу (когда компании стремятся страховать коллективы только тех организаций, финансовые поступления от которых превышают расходы на обслуживание);
- практика финансирования медицинских организаций по объему услуг (т. е. по фактическим результатам деятельности) при наличии ежегодно утверждаемого годового бюджета;
- конституционное оформление «прав конкретного человека» и утверждение в программе государственных гарантий бесплатного набора услуг «на одну душу» при отсутствии схемы формирования и ответственности бюджета за фактически складывающийся объем расходов на популяцию;
- отсутствие системы государственных и муниципальных заказов и управленческих структур, имеющих полномочия по их обеспечению.

Сравнительный анализ существующих в мире моделей организации управления в здравоохранении на основе ряда критериев представлен в табл. 5.3.

Таблица 5.3

Сравнительный анализ мировых моделей организации управления в здравоохранении

Критерий	Всеобщая частная медицина	Обязательное медицинское страхование (ОМС) для отдельных категорий граждан	Всеобщее обязательное медицинское страхование	Всеобщее государственное медико-социальное страхование	Государственная монополия на страхование	Организация управления в здравоохранении РФ
Объем государственных гарантий	Отсутствует	Ограниченный объем бесплатной помощи для отдельных малоимущих категорий населения. Лицензирование производителей	Базовый объем бесплатной медицинской помощи (после оплаты части страховки ОМС из личных средств) для основной части населения. Лицензирование производителей	100%-ный охват населения по всем или основным видам помощи. Лицензирование производителей	100%-ный охват населения бесплатной медицинской помощью. Объем, ассортимент услуг и их технологический уровень определяется государством	100%-ный охват населения всеми видами бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных ЛПУ (согласно Конституции). Лицензирование производителей
Источник финансирования услуг	Из личный средств граждан	Бюджетные фонды по программам ОМС; средства организаций и личные средства граждан на оплату программ ДМС и платных услуг	Обязательные отчисления организаций и взносы граждан на оплату программы ОМС, добровольные отчисления на программы ДМС и платные услуги	Обязательные отчисления организаций и взносы граждан в программу ГМС, добровольные отчисления на программы ДМС и платные услуги	Государственный бюджет	Обязательные отчисления организаций за работающими, обязательные отчисления из бюджетов всех уровней за неработающими. Добровольные отчисления по

						ДМС, платные услуги в основном с целью дофинансирования «бесплатной» помощи
Заказчик, его статус	Пациент, частное лицо	Частные страховые компании по программам ДМС, гражданин (частное лицо) при получении платных услуг	Частные страховые компании по программам ОМС и ДМС, гражданин при получении платных услуг	Государственный орган управления и подчиненная ему государственная страховая организация (страховое общество) по программе ГМС; частные страховые компании по ДМС; гражданин при получении платных услуг	Государство	Конкретно не определен. Функции не разграничены
Исполнитель, его статус	Частнопрактикующий врач, народный целитель	Частные медицинские организации, частнопрактикующие врачи	Частные медицинские организации, частнопрактикующие врачи, отдельные государственные организации	Государственные медицинские организации, врачи общих и специализированных практик, государственные поликлиники	Государственные медицинские организации	Государственные и муниципальные организации

Критерий	Всеобщая частная медицина	Обязательное медицинское страхование (ОМС) для отдельных категорий граждан	Всеобщее обязательное медицинское страхование	Всеобщее государственное медико-социальное страхование	Государственная монополия на страхование	Организация управления в здравоохранении РФ
Характер взаимодействия заказчика и исполнителя	Предоставление услуг по обращению без юридического оформления. Рыночная саморегуляция спроса и предложения	Долговременный контракт или оплата по счету. Рыночная саморегуляция спроса и предложения. Контроль государства по отдельным программам	Долговременный контракт или оплата по счету. Ограниченная рыночная саморегуляция спроса и предложения в пределах ОМС. Контроль государства	Государственный и муниципальный заказ на обслуживание по ГМС, долговременный контракт на обслуживание по ДМС; оплата по счету за платные услуги; полное (в отдельных случаях преимущественное) государственное регулирование спроса и предложения	Приказ	Конкретно не определен. Несбалансированное сочетание элементов государственного и рыночного регулирования спроса и предложения
Схема государственного управления	Отсутствует	Законодательное регулирование отношений, финансирование программ ОМС	Законодательное регулирование отношений	Прямое управление структурами «Заказчика» ГМС, регулирование деятельности и структур «Исполнителя»	Прямое управление всеми структурами здравоохранения, полное государственное	Четко не определена

Роль государственных органов	Отсутствует	Контроль за исполнением закона	Контроль за исполнением закона	Организация работы всех структур, обеспечивающих обслуживание населения в пределах ГМС	Организация работы всех структур. Полная ответственность за производство услуг и обслуживание населения	Для государственных органов – прямое управление медицинскими организациями, частичный контроль финансовой системы ОМС. Для фондов медицинского страхования — контроль деятельности страховых компаний в пределах ОМС. Для ДМС орган управления не определен
Схема финансирования услуг	Прямоплатная	Для программ ОМС: <ul style="list-style-type: none"> • бюджет (Фонд) • уполномоченная страховая компания • медицинская организация 	Для программ ОМС: <ul style="list-style-type: none"> • работодатель + • гражданин • страховая компания • медицинская организация. Для программ ДМС: <ul style="list-style-type: none"> • гражданин (иногда + работодатель) • страховая компания • медицинская организация 	Для программы ГМС: <ul style="list-style-type: none"> • работодатель + • гражданин • больничная касса(страховая неприбыльная, некоммерческая организация) • государственная медицинская организация. Для программ ДМС: <ul style="list-style-type: none"> • гражданин (иногда + работодатель) 	Госбюджет, орган управления, медицинская организация (по смете расходов)	Для программ ОМС: <ul style="list-style-type: none"> • работодатель + бюджет. • Фонд ОМС: • страховая компания • медицинская организация. Для бюджетных организаций: <ul style="list-style-type: none"> • бюджет • государственный орган управления • медицинская организация.

Критерий	Всеобщая частная медицина	Обязательное медицинское страхование (ОМС) для отдельных категорий граждан	Всеобщее обязательное медицинское страхование	Всеобщее государственное медико-социальное страхование	Государственная монополия на страхование	Организация управления в здравоохранении РФ
			Для дополнительных платных услуг: гражданин+ медицинская организация	<ul style="list-style-type: none"> • коммерческая страховая компания • частная медицинская организация. Для дополнительных платных услуг: гражданин + медицинская организация		Для программ ДМС: <ul style="list-style-type: none"> • гражданин • страховая компания • медицинская организация. Для платных услуг и доплат: <ul style="list-style-type: none"> • гражданин • медицинская организация
Структуры, обеспечивающие права пациентов	Отсутствует	Страховые компании, адвокатские фирмы	Страховые компании, адвокатские фирмы	Органы государственного управления системы «Заказчика», больничные кассы (страховые общества)	Органы государственного управления	Частично органы государственного управления, частично страховые компании
Структуры, обеспечивающие права пациентов	Отсутствует	Медицинские ассоциации	Медицинские ассоциации	Органы государственного управления системы «Исполнителя», медицинские ассоциации	Органы государственного управления	Органы государственного управления. Медицинские организации

Основные понятия	
Балансовая прибыль медицинской организации	Предложение медицинских услуг Прибыль медицинской организации
Взаимодополняющие медицинские услуги	Производительность труда медицинских работников
Взаимозаменяемые медицинские услуги	Рентабельность
Всеобщая частная медицина	Себестоимость медицинской услуги
Всеобщее государственное медико-социальное страхование	Спрос на медицинские услуги
Всеобщее обязательное медицинское страхование	Условно-переменные расходы Условно-постоянные расходы Услуги врачей частной практики
Государственная монополия на медицинское страхование	Услуги здравоохранения
Медицинские услуги	Услуги организованного медицинского обслуживания
Независимые медицинские услуги	Фондоотдача
Обязательное медицинское страхование для отдельных категорий граждан	Чистая прибыль медицинской организации Эластичность спроса на медицинские услуги