## ТЕМА1 : Менеджмент в здравоохранении.

Менеджмент как наука возникла в нынешнем веке, в США и до настоящего времени не имеет точной формулировки. Менеджмент - наука об управлении - совокупность принципов, методов, средств и форм управления с целью повышения эффективности производства и получения прибыли.

Президент Американского ассоциации управления Экли скакал, 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 возникает тогда, когда имеется как минимум 2 человека - управляющая и управляемая стороны. Субъект управления - тот кто управляет, объект управления - тем, кем управляют. Субъект управления - люди, в функции которых входят осуществление управления. В системе здравоохранения - начальники комитетов здравоохранения, главные врачи, заместители главных врачей, заведующие отделениями, директора и начальники клиники, руководитель частного предприятия.

Объекты управления - работники, коллективы, действующие согласно предписанию и любые хозяйственные и экономические объекты, подвергаемые определенной трансформации по воле объекта (распоряжающегося этим объектом).

История.

1. Теория тейлоризма (Тейлор). "Управлять необходимо научно", "Не каждый может управлять". Эта теория была очень слабой и обладал иллюзорные недостатки.
2. Фойоли: "система управления должна быть построена на формальных организационных структурах". Американцы называют Фойоля отцом менеджмента. Он также является создателем науки администрирования.
3. Третий этап: Зарождение школы человеческих отношений. Этап характеризовался интенсивным воздействием на поведение работы. Вырабатывалась мотивации управленческого решения. Это направление можно рассматривать как продолжение Тейлора и Фойоля, но с социализированной основой. Здесь широко использовались теории социологии, психологии.
4. Четвертый этап: в 50-60 гг., явился следствием создания компьютеров и внедрением кибернетики. Построена математическая модель управления.
5. Пятый этап: сформулирована идея о том, что находится внутри организации, поиск внутренних причин действия организация. Поиск взаимосвязи между средой и внутренними условиями организации.
6. 80-е годы: создание организационной культуры управления.
7. 90-е годы: крупный прорыв компьютерной технологии. Научные разработки по победе над конкурентом.
8. Конец 90-х годов: международный характер управления, который включает в себя организационную культуру, демократизацию, различные формы изучения мотивации и поведения.

Функции менеджмента. Каждый человек, выполняет как минимум, одну из функций управления. В зависимости от того, сколько функций выполняет человек, он занимает более высокий уровень руководящей лестницы:

1. Технические операции - непосредственно производство. Для медицинского учреждения - диагностика, лечение, профилактика, экспертиза, уход за больными и др.
2. Коммерческая функция: покупка, продажа, обмен.
3. Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.
4. Страховые - страхование и охрана имущества и лиц.
5. Учетные - бухгалтерия, учет, статистика и др.
6. 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:

1. Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование).
2. Сбор необходимой информации.
3. Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;
4. Принятие управленческого решения;
5. Организация исполнения;
6. Контроль исполнения;
7. Оценка эффективности и корректировка результатов;

На эффективность управленческих решений влияет ряд факторов, среди которых компетентность, информационное обеспечение, взвешенность решения, своевременность акта управления.

Менеджмент рассматривается в виде оптимизации технологических решений и психологических установок.

Среди факторов, мешающих развитию индивидуальных качеств у специалистов - менеджеров, можно выделить:

* отсутствие личных ценностных ориентаций;
* отсутствие личной заинтересованности;
* недостаточная профессиональная квалификация;
* неумение влиять на людей;
* неумение самосовершенствоваться;
* неумение владеть собой;
* рвачество;
* отсутствие чувства долга;
* необязательность;
* неорганизованность;
* нечестность;
* неумение подчинять личные интересы задачам и установкам групповым, коллективным и др.

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:

1. Директорский стиль, когда лидер руководствуется принципом "делай так, как я сказал", держит сотрудников под контролем и в качестве движущейся силы используется поощрение, наказание, инициативу.
2. Лидер - организатор - это строгий, но справедливый руководитель. Дает подчиненным ясные указания, воздействует убеждением, сообщает каждому свою оценку его качеств и достижений.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

В системе практического здравоохранения наиболее часто используется демократический стиль. Процесс управления любым учреждением протекает в определенной политической, социальной, экономической обстановке и изменения этих условиях влечет за собой изменений стиля управления.

**Актуальные проблемы здоровья в современных условиях.**

Важные документы:

1993г. приняты "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" - один основных стратегических документов развития здравоохранения. Состоит из 12 разделов:

* общие положения: 4 статьи. Основное - охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, научно-медицинского и санитарно-гигиенического характера, направленного на сохранение здоровья граждан РФ. 2 статья - основные принципы: приоритет профилактических мер по охране здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи, защищенность граждан в связи с утратой трудоспособности, ответственность органов власти, за обеспечение прав граждан.
* Компетенция в области охраны здоровья граждан РФ, республик в составе РФ, автономных округов, и пр. в этом разделе 5 статей, среди них: защита среды обитания, традиционного образа жизни, охрана детей, материнства, отцовства, детства; лицензирование медицинской и фармакологической службы; формирование целевых и региональных бюджетов здравоохранения.
* Организация охраны здоровья граждан РФ: полномочия высших органов, статья о финансировании охраны здоровья граждан; о муниципальном управлении.
* Права граждан в области охраны здоровья: гарантированный медицинский объем в рамках ОМС;
* Права отдельных группа населения: права семьи, беременных, несовершеннолетних, военнослужащих, инвалидов, заключенных. Статья о согласии на медицинского вмешательство.
* Права граждан при оказании медико-социальной помощи: право на информацию о состоянии здоровья.
* Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродукции человека.
* Обеспечение населения лекарствами и фармацевтическими препаратами.
* Экспертиза;
* Права и социальная защита медицинских работников; о врачебной тайне, право на занятие народной медициной и целительством, о сертификации деятельности; семейный врач.
* Международное сотрудничество.
* Ответственность за причинение вреда здоровью граждан: право на обжалование, на возмещение затрат и т.д.

## Тема2: Менеджмент и маркетинг в современном здравоохранении.

Маркетинг - 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.

Запрос - это потребность, подкрепленная покупательской способностью.

Предложение (товар, удовлетворение потребности) - это услуги, предлагаемые с учетом покупательского спроса и стоимости.

Маркетинговые услуги позволяют реализовать товар (услугу) в тех случаях, когда определена потребность населения, когда услуга имеет преимущественное качество и удовлетворяющую обе стороны цену. Маркетинг может позволять реализовать услугу (товар) посредством обмена.

Сделка - коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Условия сделки, помимо общего согласия, должны определяться законодательством.

Рынок - совокупность существующих и потенциальных покупателей товара (рынок товара, услуг, трудовых ресурсов и т.д.).

В связи с вышеизложенным маркетинг - 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 - это 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:

1. Какова ситуация с наличием услуг (товара) среди определенной группы населения или на определенной территории?
2. Каков спрос на данный вид услуг (товар)?
3. Каковы производственные и транспортные затраты на изготовление и доставку товара (реализацию услуг), то есть себестоимость?
4. Какова потребительская стоимость товара (услуг) на местном рынке?
5. Какова покупательская способность населения?
6. Каковы выигрышные, предпочтительные стороны предлагаемой продукции (или услуг) по сравнению с существующими на рынке?
7. Имеются ли медицинские, маркетинговые, психологические и рекламные условия для воздействия на потребности?

Для медицинских услуг применяются: монопольные цены (устанавливаются производителем); номинальные цены с учетом себестоимости и минимальной прибыльности; оптовые цены (для организаций отпускается большое количество товара со значительной скидкой); розничные цены (в магазине) с учетом допустимых наценок и выгоды продающей организации (продавца); рыночные цены (равные розничным) (определяются группой продающих субъектов с учетом общей выгоды); скользящие цены (устанавливаются с учетом различных условий); 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:

1. Стадия введения услуги на рынок;
2. Стадия роста потребности;
3. Стадия зрелости и насыщения;
4. 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:

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 ее в качестве лидера по данной услуге, производству.
4. Продажа товара (услуг) с сопутствующими нужными услугами.
5. 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:

1. 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.
2. 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.
3. 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:

1. Технические операции - производство. Для медицинских учреждений к производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.
2. Коммерческие - покупка, продажа, обмен; для медицинских учреждений - это продажа отдельных видов медицинских услуг.
3. Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.
4. Страховые - страхование и охрана имущества и лиц.
5. Учетные - бухгалтерия, учет, статистика и др.
6. 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:

1. Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование).
2. Сбор необходимой информации.
3. Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;
4. Принятие управленческого решения;
5. Организация исполнения;
6. Контроль исполнения;
7. Оценка эффективности и корректировка результатов;

На эффективность управленческих решений влияет ряд факторов, среди которых компетентность, информационное обеспечение, взвешенность решения, своевременность акта управления.

Менеджмент рассматривается в виде оптимизации технологических решений и психологических установок.

Среди факторов, мешающих развитию индивидуальных качеств у специалистов - менеджеров, можно выделить:

* отсутствие личных ценностных ориентаций;
* отсутствие личной заинтересованности;
* недостаточная профессиональная квалификация;
* неумение влиять на людей;
* неумение самосовершенствоваться;
* неумение владеть собой;
* рвачество;
* отсутствие чувства долга;
* необязательность;
* неорганизованность;
* нечестность;
* неумение подчинять личные интересы задачам и установкам групповым, коллективным и др.

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:

1. Директорский стиль, когда лидер руководствуется принципом "делай так, как я сказал", держит сотрудников под контролем и в качестве движущейся силы используется поощрение, наказание, инициативу.
2. Лидер - организатор - это строгий, но справедливый руководитель. Дает подчиненным ясные указания, воздействует убеждением, сообщает каждому свою оценку его качеств и достижений.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

Список использованной литературы:

1. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
2. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
3. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
4. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.
5. Родионова В.Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях //Экономика и управление здравоохранением /под ред. Ю.П. Лисицына. - М., 1993, с.43-83//.

## Тема3 : здравоохранение в условиях рыночной экономики.

Спрос, предложение и рыночные структуры в здравоохранении.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг, возмездность 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 пседоспециалистов. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 информормированность 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.

В связи с этим 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 России 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 России, которое превратилось в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, а также в издании летом 1994 года постановления Правительства Российской Федерации "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 Российской Федерации", 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:

1. Выпуск собственных долговых обязательств;
2. Участие в капитале и прибыли медицинского учреждения, путем выпуска акций;
3. 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 суперсложного 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 фэкторинг-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 фэкторинг-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.

Список использованной литературы.

1. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.
2. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
3. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.
5. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
6. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.

## Тема4: качество

Лекция по социальной медицине.

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.

По 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:

* 1. Оценка зданий и сооружений
	2. Оценка медицинской техники
	3. Оценка вспомогательной и организационной техники
	4. Оценка кадров
	5. 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 России и других слаборазвитых экономических странах, где нет денег на здравоохранение, поэтому необходим переход на основу семейного врача (в России выделено 2.9% от ВНП на здравоохранение). Когда в 1993 году ввели систему обязательного медицинского страхования в России 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.

Медицинская результативность:

* общие показатели исхода:
* выздоровление
* улучшение
* без перемен
* ухудшение
* смерть
* специальные показатели
* показатели результативности для отдельных специальностей (участковые врачи, невропатологи, хирурги и т.д.)

Экономическая результативность:

* 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:

* Микросоциальные показатели - удовлетворенность населения медицинской помощью. Есть система внутриучрежденческого контроля - например, проведение анкетного исследования населения.
* 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, территориальных 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. В современных условиях не отчитываются талоном 25В, а отчитываются перед страховой компанией, чтобы получить от нее деньги путем заполнения медико-экономического талона, в котором есть все данные, которые содержат все данные, что и статический талон + результаты, которые записывает экономический отдел или бухгалтер о стоимости. В конце каждого месяца этот талон подается в фонд ОМС.
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 являеются 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 МЗРФ от 22.06.97. №48. 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.

4 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.

## Тема5: Временная нетрудоспособность+страхование

Среди всех направлений работы врача, ведущее значение наряду с диагностикой и лечением занимает медицинская экспертиза.

В течение последних 5 лет сформированы правовые основы этой деятельности и частично разработан и утвержден механизм реализации правовых основ медицинской экспертизы. Все положения в медицинской экспертизе разрабатываются и утверждаются на основе 37 статьи, главы 2 (Права и свободы гражданина), которая гласит что каждый имеет право на труд в условиях, отвечающим безопасности и эпидемическим требованиям. Вторая статья - 39 ст. - каждому гражданину, гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности и т.д. 41 ст. - каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Второй документ - основы законодательства об охране здоровья. Это законодательство закрепило все достигнутые успехи в области медицинской экспертизы (основы заложены с 1938 году) и новые положения. В этом законодательстве есть разделы медицинской экспертизы (основные 5): экспертиза временной нетрудоспособности (8 видов), медико-социальная экспертиза (ст.50) - определяет стойкую нетрудоспособность, военно-врачебная экспертиза (ст.51),судебно-медицинская экспертиза и судебно-психиатрическая экспертиза (ст.52), независимая экспертиза (ст.53). независимая экспертиза проводится в случае несогласия больного и если члены комиссии не зависят от других органов.

Военно-врачебная экспертиза проводится на базе военкоматов, и определяют годность к действительной службе.

Раньше медико-социальная экспертиза называлась врачебно-трудовой экспертизой.

Задачи медико-социальной экспертизы:

1. Установление причины и установление группы инвалидности
2. Определение сроков и объема реабилитации
3. Определение степени утраты нетрудоспособности.

Медико-социальная экспертиза проводится учреждениями медико-социальной экспертизы, находящимися в ведении министерства социальной защиты. Работают в этой системы лечащие врачи, специальные работники. Рекомендации МСЭ обязательны для всех учреждений независимо от форм собственности.

### Экспертиза временной нетрудоспособности.

По этой экспертизе разработаны не только документы, но механизмы реализации.

Трудоспособность (работоспособность) - это возможность выполнять общественно-полезный труд в соответствии с состоянием организма и требованиям к производству. Трудоспособность определяется 3 факторами: патологическим изменениями, функциональным состоянием и социально-производственными условиями.

Главной задачей ЭВН является обеспечение и определение правильного трудового прогноза. Это прогноз определяется на основе:

1. Клинико-экспертного определения утраты трудоспособности
2. Учета интересов личности.
3. Учета интересов государства.

Высшая цель любой медицинской экспертизы заключается в сохранении здоровья, снижения заболеваемости, удлинения трудовой деятельности.

Экспертиза временной нетрудоспособности разработана в приказе № 5 от1995 года. В нем изложены основные положения о ЭВН. Приказ №206 от 19 октября 1994 года, утверждающий инструкцию о порядке выдачи листка нетрудоспособности.

Приказ №5 на основе ликвидировал ВКК и создал КЭК (клинико-экспертные комиссии). Отчетность и анализ этой экспертизы поручено органа управления здравоохранения.

Имеют право проводить ЭВН:

1. Только лечащий врач, работающий в государственных и частных лечебных заведениях. Для частнопрактикующих врачей необходима лицензия. Лицензия выдается только в случае, если врач проходил повышение квалификации по ЭВН.
2. В некоторых случаях - средние медицинские работники - в сельской местности. Для этого оформляется специальный приказ.

ЭВН лечащие врачи имеют проводить всем гражданам СНГ, но только работающим и служащим (выдается листок нетрудоспособности). Остальным выдается справка о временной нетрудоспособности (студентам, военным и т.д.).

Первый уровень: По статье 49: врач единолично может выдавать листок нетрудоспособности в течение 30 дней. Единолично и единоразово имеет право выдавать листок до 10 дней на протяжении месяца. Средний медицинский работник имеет право выдавать листок на 5 дней, и максимальный срок -10 дней.

Второй уровень: КЭК - клинико-экспертная комиссия.

Третий уровень: КЭК органа управления здравоохранения территории (района, центральной районной больницы, ТМО и т.д.).

Четвертый уровень: КЭК органа управления здравоохранения субъекта федерации (областная, обще городская).

Пятый уровень: главный специалист по ЭВН министерства здравоохранения.

90% осуществляется на 1-2 уровне.

1 уровень: лечащий врач должен определить признаки ВН на основе оценки состояния здоровья, затем определить характер и условия труда, степени социальных факторов. Раньше экспертиза проводилась только на основе оценки состояния здоровья и выражалась в процентах до 1922 года. После была введения 6 групповая классификация ВН. С 1932 года введения трехгрупповая классификация инвалидности и отдельно временная нетрудоспособность.

Вторая задача: врач должен зафиксировать жалобы и объективные данные, назначить процедуры и поставить диагноз.

Третья задача: определить лечебно-охранительные мероприятия (вид лечебно-охранительного режима - домашний, амбулаторный и др.).

Четвертая задача: определение сроков нетрудоспособности с учетом основного и сопутствующего заболеваний.

Пятая задача: правильно оформить и выдать листок (справку) о ВН.

Другие задачи: оценить эффективность лечения, обосновать продление срока ВН, своевременно направить больного на КЭК, которая имеет право держать больного на больничном листе 10 месяцев (12 месяцев при травме и туберкулезе); при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима в том числе алкогольном опьянении врач должен сделать соответствующую запись в листке нетрудоспособности; выявление стойкой утраты трудоспособности и своевременно направлять на МСЭК; диспансеризация и определение группы часто и длительно болеющих (все пациенты, которые имели в год 4 и более утрат нетрудоспособности по одному заболеванию более 40 дней или по разным заболеваниям 6 случаев и 60 дней соответственно); при выписке на работу врач должен обосновать заключение для закрытия листа нетрудоспособности. Врач также должен анализировать причины выхода на инвалидность.

 Функции и обязанности КЭК:

1. Продление и установление индивидуальных сроков ВН по больничным листам.
2. Решение сложных и конфликтных случаев в ЭВН.
3. Определение направления на лечение за пределы административной территории.
4. Направление на МСЭК. Лечащий врач может направить на МСЭК только через КЭК.
5. Решение вопросов трудоустройства заболевших: перевод на более легкую работу с сохранение прежнего заработка.
6. Решение вопросов в случае исков и претензий страховых компаний по качеству медицинской экспертизы.
7. Решение об освобождении от экзаменов в учебных заведениях.

В состав КЭК входят: лечащий врач, заведующий отделением (заместитель главного врача по экспертизе или главный врач). Обязательно решение закрепляется штампом или круглой печатью.

Выделяют до 8 видов ВН (хотя в законодательстве 6):

1. ВН в связи с болезнью
2. Травма и отравление. В больничном листе необходимо подчеркнуть сведения о бытовой травме или отравлении.
3. По уходу за больным. Для взрослых - на 3 дня, и через КЭК может продляться до 7 дней. Листок не должен выдаваться за прошедшие дни и оформляется в день обращения. При обращении в конце рабочего дня листок выдается со следующего рабочего дня. Если это алкогольное опьянение то обязательно это помечается. При наступлении нетрудоспособности во время неоплачиваемого отпуска или в период беременности листок нетрудоспособности выдается только со дня окончания этих отпусков. Если отпуск очередной (оплачиваемый), то листок выдается в день обращения. Справки выдаются гражданам, обращающимся за консультативной помощью, направлению военкоматов и следственных органам, студентам. По уходу за ребенком: при амбулаторном лечении - на весь период острого заболевания или до ремиссии хронического заболевания. Если ребенок старше 7 лет то больничный лист выдается до 15 дней, если не требуется большего срока. При стационарном лечении - до 7 лет - на весь период лечения, старше 7 лет - только по заключению КЭК. Выдается тому, кто непосредственно осуществляет уход за ребенком.
4. По беременности и родам. Больничный лист выдается с 30 недель беременности единовременно на 140 дней (70 дней до родов и 70 дней после родов). При многоплодной беременности: с 28 недель и на 180 дней. !!! При осложнениях в родах больничный лист выдается после родов дополнительно на 16 дней ( в общем на 156 дней).
5. При карантине листок нетрудоспособности выдается на срок карантина по представлению врача - эпидемиолога.
6. Для санаторно-курортного лечения.
7. Для протезирования и помещения в стационар.
8. При временном переводе на другую работу в связи с туберкулезом или профзаболеванием.

Врачи несут дисциплинарную ответственность за неправильную выдачу листков.

В настоящий момент существует следующий подход в оплате больничных листков:

* 50% оплата - непрерывный стаж до 3 лет. Не члены профсоюза - 25%.
* 100% оплата - непрерывный стаж 8 лет и более, по беременности, производственной травме и профессиональных заболеваниях и инвалиды великой отечественной войны.

Непрерывный стаж - если стаж не прерывается более чем на 1 месяц.

Общий стаж работы имеет значение при оплате по решению МСЭК. До пенсии необходимо иметь общий стаж 25 лет - для мужчин и с 60 лет, 20 лет для женщин к 55 годам.

По первому списку профессий, по которым стаж может быть от 10 до 20 лет и время наступления пенсии - 50 и 45 лет соответственно (шахтеры, подземные работы, ночные смены и т.п.). по списку №2 - профессии, связанные с контактом с тепловым излучением (50 и 45 лет соответственно).

## Принципы социального страхования:

1. Государственный характер: утверждаются государством и являются едиными для всех.
2. Многообразие видов материального обеспечения (по пенсии, инвалидности, многодетности и т.д.).
3. Всеобщность и обязательность (100% охват).
4. Дифференцированный подход с учетом состояния здоровья, условий труда и социальных факторов.
5. Высокий уровень обеспечения.
6. Демократическая основа организация (участие не одного врача, а многих специалистов).

МСЭ - это экспертиза стойкой утраты трудоспособности. Осуществляется в системе органов социального обеспечения. Осуществляется МСЭК, в состав которой входит минимум 3 врача: врач - терапевт (председатель МСЭК), врач-хирург, невропатолог. Также участие могут принимать представитель предприятия, учреждения, где работает пациент, в качестве консультанта (дает рекомендации); секретарь - средний медицинский работник. В настоящее время рассматривается расширение МСЭК до 5 специалистов. Проблемы МСЭ имеют экономическое значение: огромные затраты на социальное обеспечение, рост/спад инвалидности. По данным ВОЗ в мире насчитывается 450 миллионов инвалидов - 10% от населения Земли. Недостаток в том, что растет первичная инвалидность: до 32% - сердечно-сосудистые заболевания, 22% - злокачественные новообразования, 10%- травмы, болезни костно-мышечной системы, болезни нервной системы и органов чувств. Первичная инвалидность измеряется числом инвалидов на 10 тысяч населения: высокая - более 60, низкая - менее 30.

##  Документы при стойкой утрате трудоспособности:

1. Акт освидетельствования на МСЭК.
2. Статистический талон.
3. Заключение для лечебно-профилактического учреждения.
4. Извещение для предприятия.
5. Выписка в отдел социального обеспечения или в отдел социальной защиты.
6. Справка о решении МСЭК.

Задачей МСЭК является определение группы инвалидности:

3 группа - инвалид может выполнять работу.

2 группа А - может осуществлять надомный труд, Б - не может осуществлять работу

3 группа - пациент нуждается в постороннем уходе.

5 причин, ведущих к стойкой утрате трудоспособности:

1. 80% - 2-3 группа по общему заболеванию - самые низкие привилегии.
2. Инвалидность по детству.
3. Инвалидность по труду, в том числе профессиональному заболеванию и травме.
4. Инвалидность, полученная при исполнении служебного долга и военных действиях.
5. Инвалид Великой отечественной войны.

## Тема6: медицинское страхование и социально-экономическая защита трудящихся

Здравоохранение нашей страны прошло сложный исторический путь развития, позволивший в 20-60 годы решить задачи социально-гигиенического благополучия в стране в условиях преимущественно инфекционной патологии. В течение нескольких десятилетий развитие здравоохранения шло экстенсивным путем, что было в значительной степени оправдано. Однако в 70-80 годы в связи с начинающимся эпидемиологическим переходом, новыми условиями социально-экономического развития страны необходимо было перевести здравоохранение на новый режим функционирования, но в силу целого ряда причин это не было сделано. Более того, в последнее десятилетие усилились те негативные тенденции, которые были связаны с остаточным принципом финансирования, господством административно-командных методов управления, уравнительным затратным характером всего народного хозяйства.

Форма хозяйствования в здравоохранении отражала в условиях командно-административной системы ее основополагающие черты. Эти черты и признаки достаточно подробно проанализированы в литературе и могут быть сведены к следующему. Во-первых, это иерархическая многоуровневая подчиненность; во-вторых, определение на уровне высших звеньев управления целей развития ЛПУ и путей их достижения; в - третьих, текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев; в - четвертых, доведение до лечебно-профилактических учреждений обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась системы оценки и стимулирования. Все это приводило к следующим последствиям. Это, прежде всего хроническая нехватка финансовых средства, неэффективное использование имеющихся ресурсов, недостаточные материальные стимулы, отсутствие возможности здравоохранению влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

Можно утверждать, что в 80-е годы в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который проявлялся особенно остро по следующим направлениям:

1. Кризис здоровья. Если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то теперь не более 20%. Более 25% населения ежегодно госпитализируется в больницы, из каждый 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни;
2. Кризис финансирования. Если в начале 70-х расходы на здравоохранение составляли около 10% от ВНП, то теперь они составили менее 3% от ВНП.
3. Кризис материально-технической базы;
4. Кризис кадров.

Принятое в 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление всех этих негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности ЛПУ перейдут на новые условия хозяйствования в 1990-1991 гг. В этом положении были определены общие принципы и формы работы ЛПУ на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Необходимо отметить, что концепция, заложенная в этом документе, в существенной мере копировала экономические решения относительно других отраслей экономики страны, и на наш взгляд, в малой степени учитывала специфику здравоохранения. В литературе достаточно подробно освещены положительные и отрицательные стороны внедрения нового хозяйственного механизма здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы, принятие закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в значительной степени радикализировали обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

В связи с этим в последнее время появилось значительное количество публикаций, в которых анализируется в основном необходимость перехода к медицинскому страхованию. Медицинское страхование, как отмечают многие авторы, в широком смысле - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, то есть создание такой системы охраны здоровья и социального обеспечения, которая реально гарантировала бы всем жителям Российской Федерации свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения и уровня доходов.

Цель медицинского страхования - повысить качество и расширить объем медицинской помощи посредством: радикального увеличения ассигнований на здравоохранения; децентрализации системы управления фондами здравоохранения; материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах; экономической заинтересованности предприятий в сохранении здоровья работающих; экономической заинтересованности каждого человека в сохранении своего здоровья. Именно так широко определена цель в законе о медицинском страховании.

Естественно, переход к медицинскому страхованию порождает значительное количество проблем, решение которых становится чрезвычайно актуальным. Так, в частности, важной проблемой является разработка методик технико-экономического обоснования соответствующих услуг. Такие методики необходимы, с одной стороны, страховым медицинским компаниями для прогнозирования своего развития с целью обеспечения рентабельности своей деятельности, а с другой стороны - органам управления здравоохранением и Госстрахнадзора РФ для разработки адекватных мер регулирования рынка страховых медицинских услуг. Для того чтобы создать условия для развития системы медицинского страхования в нашей стране, как отмечают многие специалисты, необходимо предварительное решение следующих юридических, организационных и финансовых задач:

* "вписать" систему медицинского страхования в основные принципы, структуру и органы управления существующей системы государственного здравоохранения;
* установить юридический статус застрахованного, страхующихся организаций и учреждений, обеспечивающих предоставление медицинских услуг;
* разработать принципы и единую систему ценообразования, применяемую в системе медицинского страхования;
* разработать принципиально новую информационную систему, позволяющую определить эффективность и качество медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования;
* предложить схемы и установить размеры формирования финансовых ресурсов для медицинского страхования, имея в виду участие государства, предприятий, местных органов власти, населения;
* организовать на всех уровнях управления здравоохранением систему арбитража.

Сам механизм страхования объективно отражает присущее рыночным отношениям свойство неопределенности и возникновения ситуации, которая порождает большие непредвиденные потери. Страхование является одним из основных способом, к которым прибегают люди и различные предприятия для снижения потерь от рисковых ситуаций. Основная цель страхования состоит в уменьшении риска (потерь от риска), который различные субъекты должны нести, в перекладывании риска на тех, кто более охотно (или, находясь в лучшем положении) готов его нести. Механизм страхования включает в себя объединение рисков и их перераспределение.

В то же время возникает своеобразное противоречие. С одной стороны, страхование отражает природу рыночных отношений, а с другой - в определенной степени деформирует спрос и предложение медицинских услуг. В частности, существует серьезное последствие страхования - оно поощряет человека тратить на медицинские услуги больше, чем при других условиях. Если человек знает, что страхования компания оплатить 80% стоимости пребывания в больнице за каждый дополнительный день, он может остаться и дальше в ней, хотя фактически уже в этом не нуждается. И он не будет слишком возражать, если, предположим, больница назначит цену за одни день в 10000 рублей вместо 9000 рублей, зная, что увеличение цены обойдется ему только в 200 рублей. Можно предположить, что и врачи зная, что пациенту не придется платить полностью по счету, прописывая даже очень дорогое лекарство с сомнительной эффективностью будут меньше колебаться.

Чем большей эластичностью спроса по цене будут обладать медицинские услуги, тем эта закономерность будет проявляться в большей степени. В еще больше степени это противоречие проявиться, когда пациенты совсем не будут участвовать в издержках по оказанию медицинских услуг.

Необходимо также обратить внимание, на то, что договор страхования затрагивает поведение людей, которое получило название морального риска. Даже при наличии возможности объединения и распределения риска страховые компании могут столкнуть с ситуацией, когда они будут не в состоянии страховать некоторые виды рисков. Это связано со следующей причиной. Например, если человек застраховался от угона автомобиля и в случае свершения этого события должен получить достаточно средства для приобретения нового, у него может резко упасть интерес к тому, чтобы запирать двери автомобиля на ключ. Однако если большинство автомобилей будет угоняться именно по этой причине, то стоимость страхования от угона для страховой компании будет близка к цене нового автомобиля и вряд ли можно будет найти желающего получить страховой полис по столь высокой цене. Одним из путей решения этой проблемы может стать частичное возмещение ущерба, тое есть если машина будет угнана, то ее владельцу будет возмещена лишь часть стоимости машины. Таким образом, у владельца все же будет стимул запирать дверь, причем владелец автомобиля берет на себя часть риска, который он моет устранить без страхования.

Страхование затрагивает тем самым на только количество медицинских услуг, то есть спрос, но и деятельность человека по "поддержанию своего здоровья". Возникает определенная альтернатива между страхованием и стимулированием различных субъектов рынка медицинских услуг. Чем лучше развито страхование, тем меньше рыночных стимулов к росту эффективности использования имеющихся ресурсов; чем хуже развито страхование, тем сильней рыночные стимулы. Можно легко нарушить баланс между этими сторонами. Баланс может быть сохранен введением различных ограничений в страховании. Люди не должны быть застрахованы на 100% расходов на лечение, иначе это полностью ликвидирует рыночные стимулы. Но они должны быть уверены, что по всем крупным рискам им придется платить только часть цены.

Некоторые из проблем, связанных с моральным риском, могут быть уменьшены путем расширения контроля, гарантирующего, что ненужные расходы не будут произведены. Однако улучшение контроля может увеличивать расходы. Например, для гарантии, что средствами обеспечиваются только действительно необходимые операции, некоторые страховые компании в США оплачивают только операции, проводимые в стационаре. Последствием этого является увеличение числа операций в больницах, которые с меньшими затратами можно было бы осуществить в офисах частнопрактикующих врачей.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Такая социальная защита может быть реализована путем создания в едином порядке специализированного денежного фонда, в формировании которого принял бы участие, в конечном счете, каждый гражданин.

В этом случае медицинское страхование принимает форму обязательного. Социальный характер обязательного медицинского страхования, позволяющий каждому гражданину получать одинаковую медицинскую помощь, достигается неравным вкладом каждого в создание денежного фонда на оплату этой помощи. Другими словами, богатый платить за бедного. Именно в этом проявляется принцип общественно солидарности, на котором построена система обязательного медицинского страхования во многих европейских странах. По мнению А.В. Телюкова, в демократических государствах вопрос о всеобщей доступности медицинской помощи основывается на свободном индивидуальной выборе, то есть является результатом гражданского согласия и имеет под собой прочную экономическую, социальную и политическую основу. Под экономической основой он понимает достаточно высокий уровень личных доходов: готовность перераспределять часть средств в пользу менее удачливых сограждан органично вытекает из высокого уровня собственного благосостояния. Социальный фундамент означает, что решения, принимаемы людьми в общественной сфере, формируются их собственными убеждениями, взглядами, концепциями, верованиями. Политической основной общественного договора являются институты законодательной и исполнительной власти, которые придают общественному договору форму закона и реализуют его в политике правительства. При этом и законодательная, и исполнительная власть подконтрольны избирателям.

Социальное страхование, в том числе и обязательное медицинское, по своей природе является бесприбыльным. Страховая деятельность осуществляется на основе самоокупаемости и возвращения возникшей прибыли в фонды развития страховой системы. В большинстве стран государство освобождает такие системы от уплаты налогов, предоставляет иные льготы, осуществляет страхование от разорения, выдает целевые дотации на развитие. В связи с этим следует обратить внимание на то, что из 300 млрд. рублей, дополнительно полученных системой обязательного медицинского страхования в 1993-1994 гг., 110 млрд. отдано государству в виде налогов.

В то же время страхование, в том числе и медицинское, относится к области рыночной деятельности. А рыночное поведение характеризуется, прежде всего, о производстве товаров и услуг (а страховые услуги являются товаром).

Страхование как коммерческий вид деятельности всегда стремится уровнять индивидуальные риски между членами группы и не допустить включения в группу объектов страхования, способных заметно отклонить групповой риск в сторону превышения среднего уровня. В социальном плане такое поведение называется дискриминационным. Сущность страхования в этом случае можно выразить словами: всегда групповое - никогда всеобщее. В этом сказывается ограниченность коммерческого страхования, которое может являться механизмом финансирования всеобщего общественного товара, поэтому коммерческое медицинское страхование может осуществляться исключительно в добровольной форме.

При добровольном медицинском страховании можно говорить о гарантированной страховой материальной защите только для тех граждан, которые являются застрахованными по индивидуальному или коллективному договору добровольного страхования за счет взносов, уплачиваемых из их личного дохода или прибыли предприятий. При этом объем и стоимость медицинских услуг, предоставляемых по такому договору, зависит от величины уплаченного взноса, размер которого, в свою очередь, устанавливается страховщиком в зависимости от состояния здоровья каждого застрахованного или группы застрахованных. Кроме того, размер страхового взноса зависит от тарифов на те медицинские услуги, которые необходимы для данного контингента и предоставляются по конкретному договору конкретным медицинским учреждением.

Приведем сравнительную характеристику социального и коммерческого видов медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сравнительные признаки | Социальное страхование | Коммерческое страхование |
| Правовое основание | Обязательное | Добровольное |
| Охват | Массовое | Групповое, с относительно узким охватом населения и индивидуальное |
| Условия возмещения | Гарантированный механизм и унифицированный набор социальных выплат и льгот | Разнообразные "пакеты" компенсаций и услуг, формируемые на усмотрение каждого страховщика |
| Статус распорядителя страховыми средствами | Государственная или квазигосударственная организация | Частные страховые компании |
| Принципы организации страхового возмещения | Текущее финансирование социальных благ для других | Отложенное финансирование специальных благ для себя |
| Критерии эффективности | Перераспределение средств имеет характер социальных трансферт, то есть, подчинено целевой эффективности (в частности, всеобщности охвата). | Перераспределение ограничиваются рамками групп и подчинено затратной эффективности страховщика и страхователя. |

Таким образом, необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что потребность его граждан в здоровье имеет общественное значение для всего уклада жизни и дальнейшего развития общества. Однако, не имея в государственном бюджете средств для защиты определенного уровня удовлетворения этой потребности, используется для этой цели обязательное страхование, то есть на основе обязательного медицинского страхования производится финансирование тех мероприятия по охране здоровья, которые считаются важными для всего общества.

Использованная литература:

1. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.
2. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
3. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.
5. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
6. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.

## Тема7 Проблемы медицинского страхования. Возможные пути выхода.

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 РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Первая группа: государство (в лице Федерального 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: Федеральный 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 Российской Федерации" 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 Российской Федерации" 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 России отличается от аналогичного вида страхования в развитых странах, население которых характеризуется высокой степенью платежеспособности. Низкие доходы населения России, 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 российских 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 России 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 России 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.
1. 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 России (в % к итогу).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1994 |
| Федеральный бюджет | 4 | 8.8 |
| Местные бюджеты | 96 | 65.8 |
| Федеральный фонд ОМС | - | 1.4 |
| Территориальные фонды ОМС | - | 21.0 |
| Личные средства населения | - | 3.0 |

Анализируя бюджет Минздравмедпрома России 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 многоукладности 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 завершением переходного периода. В условиях роста благосостояния населения это даст возможность сконцентрировать внимание на отработке и отлаживании всех элементов системы охраны здоровья.

Литература.

1. В.Д. Селезнев, И.В. Поляков. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. Санкт-Петербург, 1996г.
2. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г.
3. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. Санкт-Петербург, 1995г.
4. Мир медицины, №6 за 1997 год, стр.21-23. Акулов В.Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования.
5. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997.
6. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.
7. Левант Н.А. Организация медицинского страхования в России М., 1993. С.35-36.
8. Медицинский вестник, 1996. №2. С.4