

В. А. Медик, В. К. Юрьев


Курс лекций

**ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ
ЗДОРОВЬЮ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

Часть III

**Экономика и управление
здравоохранением**

Учебная
литература
для студентов
медицинских
вузов



Учебная литература
для студентов медицинских вузов

В. А. Медик, В. К. Юрьев

Курс лекций

**ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ
ЗДОРОВЬЮ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

Часть III

**Экономика и управление
здравоохранением**

*Допущено Министерством образования РФ в качестве
учебного пособия для студентов высших медицинских и
фармацевтических учебных заведений*



Москва
«Медицина»
2003

УДК 614.2.003.1
ББК 51.1(2)
М42

Рецензенты: *Ю. П. Лисицын* — академик РАМН,
профессор,
В. З. Кучеренко — член-корреспондент
РАМН, профессор

Медик В. А., Юрьев В. К.

М42 Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. — М.: Медицина, 2003. — 392 с.: ил.
ISBN 5-225-04123-X

Часть третья "Курса лекций" освещает третий раздел дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение" — проблемы экономики и управления здравоохранением. Настоящий раздел курса подготовлен в соответствии с утвержденной Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики МЗ РФ Программой "Общественное здоровье и здравоохранение" для студентов высших медицинских учебных заведений.

Предназначен для студентов, интернов, аспирантов, ординаторов медицинских вузов, а также врачей, обучающихся в системе постдипломного образования.

ISBN 5-225-04123-X

ББК 51.1(2)

© В. А. Медик,
В. К. Юрьев, 2003

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

АВТОРЫ

МЕДИК Валерий Алексеевич — член-корреспондент Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор, директор Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, председатель Комитета по охране здоровья населения администрации Новгородской области.

ЮРЬЕВ Вадим Кузьмич — заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Лекция I.	ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК НАУКА И ПРЕДМЕТ ПРЕПОДАВАНИЯ	7
	1.1. Введение в экономическую теорию	7
	1.2. Экономические основы здравоохранения	8
	1.3. Причины выделения экономики здравоохранения в самостоятельную науку	10
	1.4. Место экономики здравоохранения в структуре современных экономических наук	13
	1.5. Предмет, цель и задачи экономики здравоохранения	14
	1.6. Методы, используемые в экономике здравоохранения	17
	1.7. Роль и место здравоохранения в экономике страны	19
	1.8. Экономические проблемы развития здравоохранения	21
	Иллюстрации к лекции I	24
Лекция II.	ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	26
	2.1. Роль государства в рыночной экономике	26
	2.2. Основные понятия рынка	29
	2.3. Важнейшие функции и основные типы рынка	43
	2.4. Рынок медицинских услуг	46
	Иллюстрации к лекции II	52
Лекция III.	ФИНАНСЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	56
	3.1. Общие положения о финансах и финансовой политике	56
	3.1.1. Финансовое планирование в здравоохранении	59
	3.1.2. Финансовый контроль в здравоохранении.	61
	3.1.3. Анализ финансово-хозяйственной деятельности медицинского учреждения	63
	3.2. Источники финансирования здравоохранения	66
	3.2.1. Бюджетное финансирование	67
	3.2.2. Внебюджетное финансирование	70
	3.3. Оплата труда работников здравоохранения	72
	3.3.1. Формирование фонда оплаты труда организации здравоохранения	72
	3.4. Бухгалтерский учет и баланс организации здравоохранения	77
	3.5. Система национальных счетов здравоохранения.	80
	Иллюстрации к лекции III	82
Лекция IV.	МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	87
	4.1. Общие положения	87
	4.2. Обязательное медицинское страхование	89

	4.2.1. Проблемы введения обязательного медицинского страхования в России	89
	4.2.2. Организация обязательного медицинского страхования на современном этапе развития здравоохранения	93
	4.3. Добровольное медицинское страхование	106
	Иллюстрации к лекции IV	111
Лекция V.	ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	116
	5.1. Общие положения	116
	5.2. Организационно-правовые формы предпринимательства в здравоохранении	121
	5.3. Планирование предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения (бизнес-планирование)	123
	5.4. Налогообложение предпринимательской деятельности организаций здравоохранения	123
	5.5. Платные услуги в здравоохранении и их ценообразование	125
	5.5.1. Организация платных медицинских услуг	126
	5.5.2. Методологические основы ценообразования в здравоохранении	127
	5.6. Распределение доходов и расходов от платных услуг	131
	5.7. Аренда и лизинг в здравоохранении	132
	5.8. Финансовый контроль предпринимательской деятельности организаций здравоохранения	135
	Иллюстрации к лекции V	138
Лекция VI.	УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	141
	6.1. Общие положения	141
	6.2. Основные принципы управления здравоохранением	143
	6.3. Стили управления	153
	6.4. Уровни управления в системе здравоохранения	154
	6.5. Методы управления здравоохранением	155
	6.6. Основные функции управления в здравоохранении	157
	6.7. Виды управленческих решений	165
	6.8. Технология разработки и реализации управленческого решения	167
	Иллюстрации к лекции VI	171
Лекция VII.	НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ	179
	7.1. Прогнозирование и планирование как инструмент государственного регулирования в рыночной экономике	179
	7.2. Научные основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения	180
	7.3. Планирование в здравоохранении (общие положения)	186
	7.4. Основные виды планирования в здравоохранении	190
	7.5. Основные методы планирования в здравоохранении	194
	7.6. Формирование территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	200

	7.7. Планирование здравоохранения на уровне муниципальных образований	203
	7.8. Комплексные целевые медико-социальные программы.	205
	Иллюстрации к лекции VII	207
Лекция VIII.	МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	212
	8.1. Общие положения	212
	8.2. Предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении	214
	8.3. Теоретические основы развития маркетинга в здравоохранении	217
	8.4. Исследование рынка медицинских товаров и услуг	219
	8.5. Организация производства медицинских товаров и услуг.	226
	8.6. Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг	232
	Иллюстрации к лекции VIII	240
Лекция IX.	ОСНОВЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	244
	9.1. Общие положения	244
	9.2. Предпосылки становления системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации	247
	9.3. Виды медицинских стандартов	257
	9.4. Основные принципы и направления стандартизации в здравоохранении	259
	Иллюстрации к лекции IX	265
Лекция X.	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	267
	Иллюстрации к лекции X	287
Лекция XI.	КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СИСТЕМА ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	292
	11.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи.	292
	11.2. Управление качеством медицинской помощи	300
	11.3. Контроль качества медицинской помощи	303
	11.4. Стратегия непрерывного улучшения качества медицинской помощи	315
	Иллюстрации к лекции XI	319
	Глоссарий основных терминов к курсу лекций по общественному здоровью и здравоохранению	338
	Список использованной и рекомендованной литературы	390

Лекция I. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК НАУКА И ПРЕДМЕТ ПРЕПОДАВАНИЯ

1.1. Введение в экономическую теорию

Прежде чем говорить об экономике здравоохранения в частности, давайте разберемся в общеэкономических вопросах. Сам термин "экономика" (от греческого *oikonomike*) переводится буквально как искусство ведения домашнего хозяйства.

Предмет экономической науки охватывает товарно-денежные, рыночные отношения, имеющие место между производителями, продавцами товаров или услуг и их покупателями. Эти отношения включают в себя и имущественные взаимоотношения, связанные с формированием и преобразованием собственности, передачей объектов собственности от одних владельцев другим. Важнейшим объектом изучения экономической науки являются труд, трудовые отношения, формы оплаты труда, эффективность трудовой деятельности.

Экономическая наука призвана дать ответы на интересующие общество вопросы: "Что производить?", "Как производить?", "Для кого производить?", "Как использовать произведенный продукт?", "Как достигнуть баланса между производством и потреблением?".

Таким образом, экономика может реализовать себя только в системе взаимоотношений между людьми. Это могут быть как производственные отношения, так и отношения межличностного или семейного характера. Межличностные отношения предполагают решать такие экономические проблемы, как вопросы работы или занятости. Понимание этих проблем позволит решить и семейные экономические проблемы, а именно: тепло и уют в доме, модная и современная одежда, обеспечение семьи качественным и полноценным питанием. Кроме того, к семейным относятся такие экономические проблемы: каким транспортом удобнее и выгоднее добираться до места работы или учебы, можно ли позволить себе отдать ребенка в элитное образовательное учреждение,

пойти в салон красоты, позволить себе различного рода развлечения, отдых на море и много, много других вопросов повседневной жизни.

Но нас, организаторов здравоохранения, больше интересуют производственные отношения между людьми. **Производственные отношения** — это *объективные, не зависящие от воли и сознания людей отношения по поводу производства материальных благ, их распределения, обмена и потребления.*

Многообразная деятельность людей по производству, распределению, обмену и потреблению различных благ формирует то, что называется "экономикой" или "экономической системой".

Производственные отношения на уровне общества — это отношения в широком смысле, иными словами, это общественные экономические отношения. В связи с этим можно дать одно из определений экономики.

Экономика — это *общественная наука, которая способствует решению хозяйственных, социальных и политических проблем, встающих перед обществом и человеком в частности.*

Все эти положения и определения из базовой экономической теории с некоторыми поправками и уточнениями можно отнести и к экономике здравоохранения.

1.2. Экономические основы здравоохранения

Экономика здравоохранения изучает и разрабатывает новые формы и методы управления здравоохранением, что позволяет наиболее эффективно использовать материальные, кадровые, финансовые и другие ресурсы в отрасли, поэтому экономические знания так необходимы для руководителей организаций здравоохранения.

Крайне важны знания экономических законов и в работе практических врачей, так как в условиях рыночных отношений врачи, по сути дела, являются продавцами медицинских услуг, выбирая рациональные схемы обследования и лечения больных.

Практический врач должен разбираться в вопросах финансирования государственной, страховой и частной медицины. Врач должен уметь рассчитать стоимость медицинских услуг, составить калькуляцию доходов и расходов учреждения (независимо от формы собственности) и уметь распорядиться своей прибылью. Он должен знать и придерживаться стандартов качества медицинской помощи, уметь оценить экономическую эффективность своей деятельности, а также применяе-

мые в различных странах формы оплаты труда медицинских работников, их преимущества и недостатки.

Теперь стало очевидным, что каждый врач должен рассматривать свою работу не только с профессиональной, но и с экономической точки зрения. Однако такая позиция долгое время была неприемлемой. Считалось, что проблемы охраны здоровья населения являются объектом исследования лишь медико-биологических и социальных наук. Однако со временем повысился интерес к вопросам охраны и укрепления здоровья граждан, которые изолированно не могли уже решать ни медицинские, ни социальные науки. Стало признанным, что здоровье — это категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то что, согласно своей первичной природе, оно не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. Вместе с тем на поддержание, укрепление, восстановление здоровья приходится затрачивать материальные, финансовые и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Поэтому, говоря, что здоровье стоит дорого, имеют в виду опять-таки затратную сторону, т. е. большие расходы, связанные с сохранением и восстановлением утраченного здоровья. Связь здоровья с экономикой и социальной стороной жизни людей проявляется и в том, что уровень здоровья как медико-демографическая и социальная категория представляет важную составную часть социально-экономического понятия **"уровень жизни населения"**. Состояние здоровья людей существенно зависит от того, как живут люди, какие блага они потребляют, каков их уровень жизни. В то же время образ и качество жизни людей отражают и состояние их здоровья — чем лучше здоровье, тем выше качество жизни, и наоборот.

Нельзя согласиться и с тем, что здравоохранение традиционно относят к непроектируемым отраслям, к сфере услуг нематериального характера. В медицине сочетаются товарно-материальная и духовно-информационная деятельность. В этом смысле здравоохранение можно называть **"отраслью сохранения и производства здоровья"**, вкладывая в это понятие широкий смысл, и рассматривать его как сохранение и укрепление здоровья людей посредством использования большой совокупности медицинских, общеоздоровительных, эпидемиологических методов и средств.

С учетом сказанного закономерно встают такие проблемы, как:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость видов медицинской помощи в целом;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;
- эффективность функционирования отрасли здравоохранения и развитие экономических отношений в условиях перехода к рынку.

Даже этот весьма краткий перечень экономических проблем здравоохранения подтверждает, что ни одна из сформировавшихся наук не в состоянии исследовать их в полном объеме. Нужна "стыковка" самых разных областей знаний и создание на их основе по сути новой научной дисциплины — экономики здравоохранения. Эта наука призвана изучать экономические проблемы здравоохранения в тесной связи с медико-биологическими и социальными аспектами.

Развитие экономики здравоохранения должно осуществляться прежде всего в направлении совершенствования планирования и финансирования отрасли, обеспечения многоканального финансирования. Это особенно актуально с учетом того, что в настоящее время деньги на здравоохранение поступают из разных источников: бюджетов всех уровней, обязательного и добровольного медицинского страхования, средств благотворительных организаций и спонсоров, личных средств граждан, доходов от предпринимательской и другой не запрещенной законодательством деятельности организаций здравоохранения.

1.3. Причины выделения экономики здравоохранения в самостоятельную науку

Существует мнение, что экономика здравоохранения стала привлекать внимание исследователей лишь в последние годы. При этом отдельные вопросы экономики здравоохранения звучат как новые, несмотря на то что они обсуждались и ранее. Обратимся к истории для того, чтобы понять, насколько это верно.

Впервые внимание на экономические аспекты санитарно-демографических процессов в России было обращено демографом А. Рославским. Еще в 1853 г. он указал, что мы долж-

ны знать не только биологический, но и производительный век жителей России, так как в годы экономической деятельности человека складываются как "полезные, так и убыточные и, следовательно, нельзя судить, в какой мере выгодны для государства результаты, представляемые долговечностью его жителей".

К первым попыткам изучения экономического ущерба от заболеваемости относятся исследования В. В. Фавра (1903), определившего расходы на лечение больных малярией и экономический ущерб от потери рабочего времени вследствие болезни.

В 1911 г. российскими учеными-медиками была сделана попытка определить экономический ущерб от чрезмерной заболеваемости и смертности на основании анализа денежных затрат на лечение, потери заработной платы работающих, а также потерь рабочей силы, связанной со смертностью в трудоспособном возрасте.

После 1917 г., с образованием Народного комиссариата по здравоохранению, в России большое внимание уделялось вопросам экономии средств: сокращению затрат на отопление, освещение, водоснабжение, контролю над расходами на медикаменты и продовольственные товары. В целях режима экономии были пересмотрены штаты управленческого аппарата, проводилась борьба с излишними расходами и т. д. При этом подчеркивалось, что здравоохранение — это специфическая область хозяйства страны и введение строгого режима экономии требует особенно внимательного и серьезного отношения. Все мероприятия, в конечном итоге, должны быть направлены на улучшение медицинского обслуживания трудящихся.

Разъясняя политику режима экономии в здравоохранении, первый нарком здравоохранения Н. А. Семашко указывал: "Если мы можем и должны всячески урезать (экономить) расходы в хозяйственной деятельности, по управленческому аппарату, то мы должны чрезвычайно осмотрительно относиться к расходам на больного человека, так как неправильная экономия может самым чувствительным образом отразиться на интересах больного и даже сорвать дело оздоровления населения. Такое проведение режима экономии будет только во вред больного и против него нужно решительно протестовать".

Как самостоятельная наука экономика здравоохранения сформировалась во второй половине XX в., причем должное внимание этой дисциплине стали уделять лишь в 90-х годах прошлого столетия, в связи с переходом на принципы рыночной экономики.

Становление экономики здравоохранения как самостоятельного научного направления обусловлено не только необходимостью повышения эффективности мер по сохранению здоровья людей, но и вовлечением в оборот все более многочисленных ресурсов для нормального функционирования отрасли.

Непосредственной предметной областью анализа экономики здравоохранения являются теоретико-методологические и практические аспекты организации, планирования, финансирования и управления отраслью. Как научная дисциплина она исследует формы проявления и особенности механизма действия общих экономических законов производства и потребления медицинских услуг.

Постоянно расширяется связь экономики здравоохранения с другими отраслями материального производства и непроизводственной сферой, что положительно сказывается на эффективности работы организаций здравоохранения. Более 30 отраслей страны поставляют свою продукцию здравоохранению.

В свою очередь, формируя общественное здоровье, воздействуя на трудовой потенциал, здравоохранение предоставляет услуги всем другим отраслям. Однако компенсационные функции здравоохранения учитываются еще крайне недостаточно. В комплексе со всеми другими отраслями здравоохранение решает социальные и экономические задачи, связанные с улучшением качества жизни человека, его благосостоянием, реализацией социальных гарантий, формированием трудового потенциала, и тем самым органично вписывается в рыночную экономику государства.

Среди основных причин выделения экономики здравоохранения в самостоятельную науку можно назвать следующие:

- *во-первых*, именно в XX в. здравоохранение сформировалось в крупнейшую отрасль хозяйства страны. Оно стало одной из ресурсоемких отраслей, которая аккумулирует в себе большой объем материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов. В связи с этим, естественно, назрела проблема рационального планирования и эффективного использования этих ресурсов;
- *во-вторых*, с развитием современной медицинской науки и техники увеличился объем предлагаемых медицинских услуг и, соответственно, спрос на них, поэтому возникла необходимость регулирования спроса и предложения в здравоохранении в условиях рыночной экономики;

- в-третьих, именно в XX в. изменились роль и место здравоохранения в системе общественного производства. Расширяется интеграция здравоохранения с другими отраслями, что положительно сказывается на эффективности работы самой системы здравоохранения;
- в-четвертых, здравоохранение, формируя общественное здоровье и воздействуя на потенциал рабочей силы, все больше стало вовлекаться в процессы воспроизводства. Именно в XX в. здравоохранение стало рассматриваться как перспективная отрасль инвестиций частного или государственного капитала в программы, связанные с укреплением здоровья населения, что экономически выгодно и приносит реальный доход обществу;
- в-пятых, переход от плановой к рыночной экономике, формирование в здравоохранении рыночных отношений обусловили действие в системе здравоохранения таких общих экономических законов, как закон спроса и предложения, закон возрастающих предельных издержек и др.

Все вышеизложенное предопределило формирование новой научной дисциплины — "экономики здравоохранения" — и вызвало необходимость подготовки специалистов в этой области.

1.4. Место экономики здравоохранения в структуре современных экономических наук

В настоящее время в структуре экономических знаний выделяют четыре основных направления:

- первое направление — экономика (экономическая теория) как базовая, фундаментальная научная дисциплина;
- второе направление — отраслевые экономические науки, в задачи которых входит исследование особенностей экономических процессов в определенной отрасли (сюда относится и экономика здравоохранения);
- третье направление — прикладные экономические науки: бухгалтерский учет, финансы и кредит, менеджмент, маркетинг;
- четвертое направление — специальные экономические науки, развивающиеся на стыке экономики и других гуманитарных и естественных наук: экономическая география, экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и др.

Экономика здравоохранения — это *отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, а также различных условий и факторов, влияющих на уровень удовлетворения потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.*

Естественно, что экономика здравоохранения развивается в тесной взаимосвязи с другими родственными ей экономическими науками. У экономической теории экономика здравоохранения заимствует терминологию и основные экономические законы. Прикладные экономические науки используются в работе лечебно-профилактических учреждений, органов управления здравоохранением. Специальные экономические науки используются для экономических исследований в здравоохранении.

1.5. Предмет, цель и задачи экономики здравоохранения

В здравоохранении, как и в любой другой области знаний, могут быть выделены профессиональный и экономический аспекты деятельности. Профессиональный аспект составляет чисто медицинскую сторону деятельности. Экономический — предполагает изучение хозяйственных процессов в медицинской деятельности.

Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не может осуществляться в отрыве от экономической деятельности. От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профилактической и лечебно-диагностической деятельности, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли.

Следовательно, **экономику здравоохранения** можно определить как *комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области охраны здоровья населения.*

Предметом экономики здравоохранения являются экономические отношения, которые возникают и складываются между людьми в процессе оказания медицинских услуг. Взаимоотношения между людьми в профессиональной деятельности можно разделить на две группы: *организационно-экономические и социально-экономические.*

Характер организационно-экономических отношений определяется технологией самого профилактического и лечебно-диагностического процесса и отражает общие черты, присущие всем типам медицинских учреждений (стационары, поликлиники, диагностические центры и т. п.). Примером органи-

зационно-экономических отношений может служить система финансирования лечебно-профилактических учреждений, которая включает в себя методологию формирования бюджета, учета расходов, оплаты труда, ценообразования и т. д.

Анализ социально-экономических отношений дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности организаций здравоохранения, которые функционируют в различных условиях и в различных организационно-правовых формах (государственные, муниципальные, частные и др.). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно различаются в этих учреждениях при равном объеме и качестве оказываемых медицинских услуг.

Обе эти группы отношений тесно взаимосвязаны. Изучение этих взаимоотношений позволяет, например, выбрать оптимальную организационно-правовую и экономическую модель деятельности системы здравоохранения на определенном этапе его развития.

Экономические отношения могут рассматриваться на четырех уровнях:

- метаэкономическом;
- макроэкономическом;
- медиумэкономическом;
- микроэкономическом.

Метаэкономический (мировой) уровень. На этом уровне формируются межнациональные экономические отношения систем здравоохранения различных государств с интеграцией их в мировую экономику. Координатором этих процессов выступает Всемирная организация здравоохранения. Здесь решаются следующие задачи:

- разработка, экономическое обоснование и финансирование целевых программ по профилактике и борьбе с важнейшими инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
- координация и интеграция в разработке современных медицинских технологий, производстве лекарственных средств и медицинской техники;
- финансирование проведения медико-биологических исследований и подготовки специалистов.

Макроэкономический (федеральный) уровень — это взаимодействие системы здравоохранения с другими отраслями народного хозяйства. На этом уровне отношения складываются в рамках национальной экономики прежде всего в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением. Здесь реализуются следующие основные задачи:

- определение доли государственных расходов на здравоохранение (процент от ВВП);
- разработка и экономическое обоснование федеральных целевых программ в области охраны здоровья населения;
- разработка механизмов обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в предоставлении населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства;
- разработка и внедрение системы стратегического планирования и финансирования здравоохранения;
- разработка и реализация инвестиционной политики здравоохранения;
- разработка законодательной базы для создания конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
- разработка и экономическое обоснование программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Медиумэкономический (региональный) уровень — это экономические отношения внутри самой системы здравоохранения. На этом уровне разрабатываются и решаются следующие задачи:

- определение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ;
- разработка и экономическое обоснование региональных целевых программ в области охраны здоровья населения;
- формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- экономическое обоснование потребности населения субъекта РФ в различных видах медицинской помощи и перспектив развития сети организаций здравоохранения с учетом демографических особенностей, структуры и уровня заболеваемости населения;
- формирование подушевого норматива финансирования системы здравоохранения субъекта РФ;
- совершенствование механизмов финансирования отдельных организаций и самой системы здравоохранения на региональном уровне;
- контроль за соблюдением норм и правил бюджетного и налогового законодательства;
- анализ экономической эффективности использования ресурсов здравоохранения;

- создание мониторинга финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения.

Микроэкономический (учрежденческий) уровень охватывает деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, его структурных подразделений.

На этом уровне реализуются следующие задачи:

- анализ экономической эффективности использования ресурсов в отдельной организации здравоохранения;
- ведение бухгалтерского, налогового и статистического учета;
- реализация системы муниципальных, государственных заказов и договоров на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- привлечение дополнительных (внебюджетных) средств для финансирования организаций здравоохранения;
- формирование бюджета организаций здравоохранения.

В действительности задачи этих четырех уровней тесно взаимосвязаны и решаются, как правило, комплексно.

1.6. Методы, используемые в экономике здравоохранения

Методологическая основа экономики здравоохранения — это фундаментальная экономическая теория, на базе которой изучаются действия экономических законов и развитие экономических отношений в здравоохранении на различных этапах эволюции общества.

В экономике здравоохранения широко применяются следующие методы: *математико-статистические, анализа и синтеза, балансовый, прогнозирование, экономико-математическое моделирование, экономический эксперимент* и др. Многие из этих методов используются, как было сказано в предыдущих частях курса, в изучении общественного здоровья и здравоохранения.

Математико-статистические методы помогают вскрыть количественную взаимосвязь между явлениями. Каждый процесс, каждое явление в здравоохранении должны изучаться всесторонне, в неразрывной связи их качественных и количественных составляющих. Раскрывая количественные изменения процессов, экономика здравоохранения исследует переход количественных показателей в новое качество оказанной медицинской помощи и на качественно новый уровень здоровья.

Анализ и синтез. В процессе анализа происходит расчленение исследуемого явления на его составляющие части. Синтез

предусматривает интеграцию полученных данных с целью выявления наиболее существенных закономерностей. Например, при проведении эксперимента по внедрению новых форм и методов хозяйствования в разных регионах России был накоплен большой опыт, что потребовало углубленного анализа и оценки. На последующем этапе потребовалось применение метода синтеза для того, чтобы выделить общие для всех регионов положительные и отрицательные результаты и наметить дальнейшие пути совершенствования организации, экономики и управления здравоохранением.

Вот почему математический и статистический анализ только тогда вскрывает реальные отношения, когда он тесно связан с качественным содержанием анализируемого предмета.

В последнее время бурное развитие получила **эконометрия** — *отрасль экономической науки, занимающаяся разработкой и применением экономико-статистических и математических методов анализа экономических процессов, обработкой статистической экономической информации.*

Балансовый метод представляет собой совокупность приемов экономических расчетов. Он используется для установления строго определенного количественного соотношения между какими-либо составляющими процесса (например, соотношения предложения и спроса на медицинские услуги, на разные виды медикаментов и медицинской техники, финансовых ресурсов, между доходной и расходной частями бюджета и т. д.).

Схема экономических балансов строится по принципу равенства величин: ресурсов и возможностей их использования, с учетом создания резервов. Последнее очень важно, так как без наличия резервов в условиях острого дефицита ресурсов то или иное функциональное звено системы здравоохранения может дать сбой, что чревато серьезными медико-социальными последствиями.

Экономико-математическое моделирование — воспроизведение экономических объектов и процессов в малых, экспериментальных формах. В экономике чаще используется математическое моделирование, посредством описания экономических процессов математическими зависимостями. Модель экономического объекта, как правило, поддерживается реальными статистическими данными, что позволяет строить прогнозы и проводить объективные оценки.

Этот метод особенно важен с учетом внедрения в здравоохранение новых экономических отношений, подчиненных законам рыночной экономики.

Прогнозирование представляет собой научное предвидение

наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения: потребности в медицинских услугах, производственных мощностей медицинской промышленности, направлений технического прогресса в отрасли и т. д.

При этом построение вероятностных прогнозов развития отрасли должно корреспондироваться с прогнозами изменения состояния здоровья населения.

Экономический эксперимент. Одним из распространенных в настоящее время методов являются хозяйственные эксперименты. Они разумны и необходимы. Поиск тех или иных методов повышения эффективности деятельности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных медицинских учреждений имеет большое практическое значение. Экспериментальный метод позволяет изыскивать и апробировать новые схемы финансирования, формы оплаты труда медицинских работников, механизмы ценообразования, новые формы оказания профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

1.7. Роль и место здравоохранения в экономике страны

Как уже было сказано, между уровнем здоровья населения и состоянием экономики государства существует тесная взаимосвязь, изучением которой, в частности, занимается экономика здравоохранения.

Взаимосвязь здравоохранения и экономики всего хозяйства страны необходимо рассматривать в двух основных аспектах:

Первый — влияние состояния здоровья и здравоохранения на уровень благосостояния населения и развитие экономики.

Второй — влияние экономического развития общества на состояние здоровья людей и здравоохранение.

Таким образом, можно дать еще одно определение экономики здравоохранения, на наш взгляд, более емкое и отражающее ее специфические особенности. **Экономика здравоохранения** — это *отраслевая экономическая наука, изучающая экономические законы взаимодействия здравоохранения с экономикой всей страны, а также формирование, распределение и использование в здравоохранении материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов в целях сохранения и укрепления здоровья населения.*

Труд работников здравоохранения не создает непосредственных материальных ценностей, однако влияние здравоохранения на развитие экономики страны происходит прежде всего за счет роста производительности труда путем снижения

заболеваемости, смертности (в первую очередь в трудоспособном возрасте), временной и стойкой нетрудоспособности, улучшения состояния здоровья в целом.

С другой стороны, благосостояние общества влияет на здоровье людей. **Благосостояние** — это мера обеспеченности людей жизненными благами, средствами существования. Эксперты ООН считают, что уровень благосостояния общества можно оценить с помощью индекса развития человека, который включает:

- доход на душу населения;
- среднюю продолжительность предстоящей жизни;
- младенческую смертность;
- уровень грамотности населения.

Таким образом, мы выяснили, что чем богаче государство, тем больше средств оно может выделить на охрану здоровья, охрану труда, улучшение экологической обстановки и условий жизни, что несомненно приведет к оздоровлению населения, к увеличению периода активной трудовой деятельности людей, к повышению производительности труда и, в целом, к неуклонному росту национального дохода страны.

Для иллюстрации приведем результаты научного исследования, проведенного с целью определения зависимости некоторых показателей здоровья населения и благосостояния страны. Все страны мира были разбиты на три группы:

- экономически высокоразвитые страны;
- страны бывшего социалистического лагеря;
- развивающиеся страны.

Из показателей здоровья населения были взяты средняя продолжительность предстоящей жизни и младенческая смертность (табл. 1).

Из анализа приведенных данных явно прослеживается закономерность: чем богаче государство, тем лучше показатели здоровья населения страны.

Таблица 1. Сравнительная характеристика влияния благосостояния государства на показатели здоровья населения

Страны	Средняя продолжительность предстоящей жизни, годы	Младенческая смертность, ‰
Экономически высокоразвитые страны	75—78	5—8
Страны бывшего социалистического лагеря	64—70	15—20
Развивающиеся страны	40—50	До 130

При этом мы сочли уместным привести ряд показателей, характеризующих уровень жизни населения России в 2000 г.

Доля населения с доходами ниже прожиточного уровня — 31,8 %.

Средний размер назначенной пенсии (с учетом компенсационных выплат) — 694,2 руб.

Средняя заработная плата (все отрасли экономики) — 2508 руб.

Средняя заработная плата работников здравоохранения — 1460 руб.

Величина валового национального продукта (ВНП) на душу населения в 1998 г. составила 2300 долл. США, что определило 101-е место среди других государств мира (для сравнения: США — 29 340; Япония — 32 380; Германия — 25 850).

1.8. Экономические проблемы развития здравоохранения

Среди множества проблем, которые накопились в здравоохранении, на современном этапе можно выделить следующие основные группы:

Первая группа проблем связана с поиском оптимального соотношения платного и бесплатного в здравоохранении. С учетом того, что эта проблема носит не только экономический, но, прежде всего, политический и социальный характер, решение ее зависит от комплекса факторов:

- необходимости соблюдения конституционных норм по охране здоровья граждан;
- уровня платежеспособности граждан;
- объема ресурсов, выделенных государством для обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения и предоставления населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- выбранной модели здравоохранения (бюджетной, бюджетно-страховой, частной).

Вторая группа проблем связана с необходимостью совершенствования системы оплаты медицинской помощи, действующей в условиях острейшего дефицита финансовых ресурсов. При этом система оплаты труда должна:

- обеспечивать приоритет профилактического направления в здравоохранении;
- сдерживать действующий в настоящее время затратный механизм финансирования;
- ориентировать на развитие прежде всего первичной медико-санитарной помощи;

- обеспечить процессы реструктуризации (оптимизации) сети учреждений здравоохранения (число, профиль, мощность) с учетом реальной потребности населения в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и приоритета развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи;
- обеспечить минимизацию административных расходов финансирующей стороны и в самих организациях здравоохранения;
- привести к повышению оплаты труда медицинских работников с учетом объема и качества выполненной работы.

Третья группа проблем связана с необходимостью определить оптимальное сочетание плановых и рыночных механизмов в здравоохранении. Актуальность этой проблемы подчеркивается тем, что:

- в здравоохранении России на сегодняшний день отсутствует четкая законодательная и концептуальная основа для разумного соотношения плановых и рыночных механизмов управления отраслью и ее финансирования;
- переход на бюджетно-страховую модель реформирования здравоохранения, с одной стороны, вызвал необходимость усиления роли государства в системе мер охраны здоровья граждан. С другой стороны, происходит формирование механизмов рыночной экономики (появление организаций здравоохранения с различной формой собственности, элементы рыночного ценообразования на медицинские услуги, установление договорных взаимоотношений между хозяйствующими субъектами, ограничение вмешательства государства в деятельность организаций здравоохранения и др.).

Четвертая группа проблем связана с необходимостью оценки медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения. Следует подчеркнуть: эти проблемы в здравоохранении приобретают особую сложность, что связано со следующими обстоятельствами:

- отсутствием общепринятых критериев для оценки медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения в целом и медико-социальных программ в частности;
- отсутствием единой методологической базы для проведения сравнительного анализа эффективности показателей.

Пятая группа проблем связана с потребностью создания

финансово-хозяйственного мониторинга в отрасли. Это обусловлено, прежде всего, необходимостью:

- создания механизмов "прозрачного" прохождения финансовых ресурсов в системе здравоохранения;
- анализа экономической эффективности деятельности системы здравоохранения;
- совершенствования бухгалтерского учета и отчетности в организациях здравоохранения;
- разработки новых методов учета основных фондов;
- разработки методологии формирования консолидированного бюджета системы здравоохранения и отдельных организаций здравоохранения.

Поиск путей и механизмов решения этих и других экономических проблем современного здравоохранения — тема следующих лекций.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ I



Рис. 1.1. Пять фундаментальных вопросов экономики

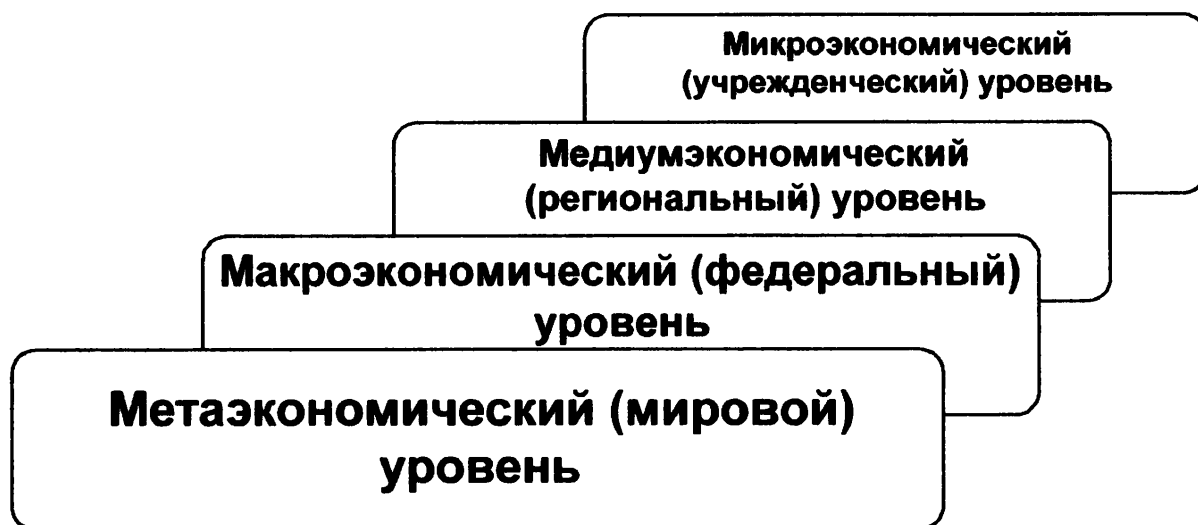


Рис. 1.2. Иерархические уровни экономических отношений в здравоохранении



Рис. 1.3. Основные экономические проблемы здравоохранения

Лекция II. ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

2.1. Роль государства в рыночной экономике

Со времен Адама Смита идет спор между либералами и государственниками. Либералы сотворили миф о неэффективности государственного вмешательства в экономику, о неподконтрольных государству рыночных механизмах, необходимости предоставления рынка самому себе. Рынку приписали чудодейственные свойства: невидимая рука, все расставляющая по своим местам и обеспечивающая равновесие, свободные отношения товаропроизводителей на эквивалентной основе. Либералам оппонируют государственники, стоящие за регулирование экономики и рынка, который, по их мнению, вовсе не является совершенным и непогрешимым: рыночное равновесие иллюзорно, а ошибки рынок исправляет ценой кризисов, политических и экономических катаклизмов. Для субъектов рынка свобода оборачивается угрозой утраты приобретенной прибыли и разорения. В обстановке стихии рынка обществу не под силу решение ни одной стратегической задачи.

На базе этих двух концепций сложились различные научные школы, положения которых в той или иной степени реализуются в моделях экономического развития. В полной мере необходимость государственного вмешательства ни одна более или менее известная школа не отрицает. Но все по-разному представляют цели и методы государственного регулирования. Основным показателем вмешательства государства в экономику считается доля государства в валовом внутреннем продукте. Формы государственного вмешательства варьируют от увеличения масштабов госсобственности и зависимости субъектов рынка от бюджетных средств до защиты лишь их экономической свободы.

Не явилась исключением и Россия, в которой на протяжении последних тридцати лет экономисты ломали копья в спорах по проблеме сочетания плана и рынка. Когда рыночные отношения стали реальностью, пришло понимание того, что план и рынок — это отнюдь не противоположности, а взаимодополняющие элементы экономической системы. Десятилет-

ний опыт реформирования экономики в России показал, что управление социально-экономическим развитием на основе денежно-кредитной, налоговой, таможенной политики без сбалансированных общегосударственных планов себя не оправдывает.

Россия заняла уникальное положение в мировой экономике в качестве полигона, где в течение одного столетия прошли испытания экономические модели, базирующиеся на прямо противоположных принципах: всеобщем огосударствлении и неограниченной экономической свободе. Советская модель характеризовалась монополией государственной собственности, директивным управлением, ценообразованием с учетом социальных приоритетов и другими принципами централизации. В начале 1990-х годов вектор социально-экономического развития сменил направление на 180 градусов, и все последующие экономические преобразования получили **монетаристическое** направление. Были сняты почти все установленные прежним государством ограничения в производстве, обмене, распределении, потреблении, проведена приватизация госсобственности, либерализация внешних экономических связей. Доля государственных расходов резко сократилась, особенно за счет инвестиций и социальных выплат населению. Практические результаты столь резких перемен не замедлили сказаться. Они получили оценку и на международной арене. Состоявшаяся в Сянгане (Гонконге) ежегодная сессия Всемирного банка и МВФ констатировала полную несостоятельность доктрины "свободного рынка без границ", беспомощность и непрофессионализм управления в России [Морозова Т. Г., 2001].

Вся совокупность мер в социально-экономической сфере с 1992 г. была определена как курс реформ. Но реформа — это средство изменения различных сфер общественной жизни к лучшему, это прогрессивное преобразование, нововведение в рамках существующей социальной структуры, это совершенствование сложившейся экономической системы и переход к новому, более эффективному уровню ее функционирования. На практике в России реформы были подменены демонтажом общественного строя, сломом прежней государственной машины управления, планово-распределительной системы. В итоге все свелось к переделу собственности и власти, и в результате возник хаос, при котором вопрос об эффективности рыночных механизмов отпадает сам собой.

Направление реформирования экономики было обозначено как переход к рынку. Но что такое рынок? Он вовсе не является всеохватывающей системой общественных отношений.

Рынок — это лишь одна из форм связи между хозяйствующими субъектами, производителями и потребителями, продавцами и покупателями. Он присутствует во всяком обществе, где есть разделение труда. И объявлять о переходе к рынку — это все равно что ломиться в открытую дверь. К рынку нельзя перейти в силу чей-то на то воли. Для этого необходимо, чтобы условия созрели в самом производстве по мере развития производительных сил.

Основополагающим условием перехода к рынку реформаторы 90-х годов посчитали замену государственной собственности на частную. Но рынок равнодушен к формам собственности на средства производства. В рыночных отношениях участвуют на равных организации различных форм собственности. Более того, в развитых странах с рыночной экономикой индивидуальная частная собственность на средства производства постепенно заменяется акционерной, корпоративной собственностью. Происходят обратные процессы — национализации крупных монополий. Еще более абсурдно связывать становление рыночной экономики с капитализацией. Капитал стремится к монополии, ограничению конкуренции и в итоге — ограничению действия экономических законов рынка (законы спроса, предложения и др.).

Самые крупные беды принесла недооценка реформаторами роли государства. При этом не учитывалось, что для успеха всяких преобразований необходимо не просто государство, а сильная государственная власть. Рыночные отношения не универсальны, и они не могут охватывать все сферы жизни общества. Поэтому только государство обязано выполнять определенные, социальные, обязательства перед обществом, иначе оно не может существовать как государство.

Государство проводит инвестиционную политику, поддерживает предпринимательство, создает режим максимального благоприятствования как бизнесу, так и потребителю, устанавливая единые для всех правила игры. Развитие здравоохранения, образования, науки, защита национальных интересов, окружающей среды, человека невозможны без участия государства. Оно выступает гарантом стабильности, предотвращения социальных, экономических и других катаклизмов. Воздействие на экономику и социальное развитие государство осуществляет путем создания нормативно-правовых актов, разработки и реализации программ перспективного развития, контроля за соблюдением законодательства и с помощью других рычагов. Если государственные регуляторы не действуют, то никакая социально ориентированная модель развития общества не может быть реализована.

В настоящее время в России реализуется программа неотложных антикризисных мер. Сущность ее заключается в проведении трезвой финансово-бюджетной политики. Дополнительные доходы намечается получить в налоговой сфере, от управления государственной собственностью, от приватизации, по внешним займам. Расходы снизятся в результате отказа от дотаций и субсидий промышленности, сельскому хозяйству, транспорту, сокращения занятости в бюджетной сфере. Программа, однако, решает частные задачи в сфере финансов, "лечит" симптомы, а не причины болезни и не выходит за рамки монетаризма.

Теперь в необходимости государственного регулирования после практически 10-летнего анархичного существования не сомневаются даже либеральные демократы. Вопрос в том, какое государственное регулирование нужно, а какое нет, какой рынок будет нужен обществу, а какой оно отвергнет. Не нужен квазирынок, который порождает лишь дикий паразитирующий капитализм. Не нужно и госрегулирование, скомпрометированное десятилетиями командной экономики. Экономика не может дальше находиться во власти стихии — не управляться ни государством, ни рынком. Выход из системного кризиса требует разработки стратегии экономического роста, усиления роли государства в неотвратимости ответственности за несоблюдение законов, легальности экономических отношений, защиты прав субъектов рынка, преодоления монополизма, недопущения подчинения национальных интересов международному капиталу. Обществу необходима социально ориентированная экономика, основанная на рыночных механизмах и общечеловеческих ценностях.

2.2. Основные понятия рынка

В обыденной жизни рынок чаще всего ассоциируется с местом, где можно купить продукты, одежду, хозяйственные товары и т. д. Это самая старая форма рынка — традиционное место, где покупатели и продавцы совершают сделки. С точки зрения экономики рынок отражает взаимоотношения, которые складываются между производителями, продавцами, посредниками и потребителями товаров и услуг. Существует множество определений рынка, но все они сводятся к тому, что он является совокупностью экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции. При этом на основе исследования и прогнози-

рования рынка формируется комплексная система организации, производства и сбыта товаров и услуг, получившая название маркетинга.

Рынок формируется и функционирует на трех основных принципах:

- взаимовыгодность;
- возмездность;
- эквивалентность.

Доминируя в экономике в целом, рыночные отношения одновременно охватывают и каждую отрасль, каждое предприятие и производство, не оставляя ни одного вне сферы своего влияния. В настоящее время рыночные отношения не обошли и здравоохранение.

Для развития и функционирования рынка в любой сфере жизни общества недостаточно лишь желания его участников, необходимо наличие определенных условий. Такими условиями становления рыночных отношений в здравоохранении являются:

- многообразии форм собственности и видов хозяйствования, а также их равные возможности (на этих условиях формируется основа для развития конкурентной сферы, без которой рынок не функционирует);
- неограниченное число участников рынка товаров и услуг в здравоохранении с равным, свободным доступом на рынок и выходом из него;
- действие механизмов рыночного ценообразования на основе складывающегося спроса и предложения;
- равный доступ всех участников рынка к имеющимся в здравоохранении ресурсам;
- наличие у каждого участника рынка необходимой рыночной информации (спрос, предложение, цены и др.);
- возможность регулирования рыночных процессов со стороны государства.

Различают следующие основные понятия рынка: *спрос, предложение, цена, конкуренция, маркетинг.*

Остановимся подробнее на каждом из них, применительно к здравоохранению в условиях рыночной экономики, тем более что переход от плановой экономики к рыночной, основанной на принципах свободного предпринимательства, многообразия форм собственности на средства производства, рыночного ценообразования, договорных отношений между хозяйствующими субъектами и ограниченного вмешательства государства в их деятельность, стал реальностью в нашей жизни.

Безусловно, сама терминология *производители, продавцы и*

покупатели медицинских товаров и услуг вызывает определенное неприятие у медицинских работников. По мнению некоторых из них, все чаще используемые в лексиконе понятия "медицинская услуга", "продавцы и покупатели медицинских товаров и услуг" взамен привычного "оказание медицинской помощи" принижает высокое искусство врачевания, низводит его до уровня работников сферы обслуживания (банно-прачечного комбината, парикмахерской и др.). Не пытаясь подвергнуть ревизии глубоко гуманизированные, содержательные аспекты устоявшегося веками понятия "медицинская помощь", попробуем дать свою дефиницию приведенным выше терминам применительно к общепринятым в экономике категориям.

Товар — это *любой продукт производственно-экономической деятельности, полученный в материально-вещественной форме, который является объектом купли-продажи и установления рыночных отношений между продавцами и покупателями.*

Услуга — *вид деятельности, специфическая форма отношения человека к окружающему миру, в процессе которой не создается новый, ранее не существовавший материально-вещественный продукт.* Это благо, предоставляемое не в виде вещей, а в форме деятельности, в результате которой удовлетворяются как материальные, так и духовные потребности людей.

Медицинская помощь — *вид деятельности, направленный на реализацию комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее или среднее медицинское образование.*

Таким образом, и услуга, и медицинская помощь — это вид человеческой деятельности, что их и сближает. Но услуга — это экономическая категория, имеющая стоимостное выражение. Экономический подход к толкованию термина "медицинская помощь" находит поддержку, если обратиться к законодательному регулированию отношений в сфере услуг, в том числе медицинских, которое дается в Гражданском кодексе РФ.

В разработанных Минздравом, Госстандартом и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования "Основных положениях стандартизации в здравоохранении", пожалуй, впервые официально дается определение медицинской услуге как "мероприятию или комплексу мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость". Исходя из этого, **медицинскую услугу** можно определить как *оказание профилактической, лечеб-*

но-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений.

Таким образом, мы не видим необходимости противопоставления или замены одного термина на другой. Речь идет о случаях правомерности применения того или иного термина. Оправданно, думается, сохранить термин "медицинская помощь" при заполнении медицинских документов, к примеру истории болезни. В случаях же, которые касаются товарно-денежных отношений, правомочно употреблять термин "медицинская услуга".

Что же касается употребления в словаре здравоохранения термина *товар*, то здесь все гораздо проще. Ни у кого не вызовет сомнения отнесение к категории товара лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, продуктов лечебного питания и др.

Часто в экономической литературе используется термин **экономический продукт** как результат человеческого труда, хозяйственной деятельности, представленный в материальной, духовной, информационной форме либо в виде выполненных работ и услуг. Поэтому в дальнейшем этот термин мы будем употреблять наравне с понятием "медицинские товары и услуги".

И последнее, что психологически надо преодолеть, это отношение к категории "производитель, продавец и покупатель медицинских товаров и услуг". Раз медицинский товар и услуги имеют цену как денежное выражение их стоимости, то соответственно у них должны быть производитель, продавец и покупатель. Поэтому в дальнейшем к "**производителям**" будем относить организации по производству товаров и медицинских услуг (предприятия, лечебно-профилактические учреждения, организации здравоохранения всех форм собственности, медицинских и фармацевтических работников), как правило, они же являются и "**продавцами**", а к "**покупателям**" — пациентов и лиц, обращающихся за теми или иными видами медицинских товаров и услуг. При этом мы еще раз хотим подчеркнуть условность этой терминологии, корректность использования ее только применительно к товарно-денежным отношениям.

Спрос — одно из фундаментальных понятий рыночной экономики, означающее желание покупателей приобрести данный товар, которое подкреплено реальной денежной возможностью. Спрос измеряется величиной, означающей количество товаров и услуг, которое покупатель желает и способен

приобрести по данной цене в данный период времени. Объем и структура спроса зависят не только от цен на товары и услуги, но и от других, неценовых факторов, таких, как мода, доходы потребителей, а также от цены на другие предметы потребления, в том числе на их заменители. Различают следующие виды спроса на производимые и продаваемые предметы потребления: *индивидуальный* (одного лица), *рыночный* (на данном рынке) и *совокупный* (на всех рынках).

Со спросом связано и другое понятие в рыночной экономике — **покупательная способность населения**. Это количество товаров и услуг, которое население способно приобрести в соответствии с имеющимися денежными средствами, при том уровне цен, который сложился в данное время. Покупательная способность зависит от уровня доходов населения (в той их части, которая может быть выделена на покупки), а также величины цен.

Применительно к здравоохранению **спрос (потребность)** — это *количество медицинских товаров и услуг, которое желают и могут приобрести пациенты в данный период времени по определенной цене*. Иными словами, спрос выступает как платежеспособная потребность населения в медицинских товарах и услугах. Для частной системы здравоохранения речь идет о платежеспособности человека или группы людей, для общественных систем здравоохранения (бюджетной, страховой, бюджетно-страховой) — это покупательная способность общества, которая подкреплена соответствующими источниками финансирования здравоохранения.

Закон спроса, который является одним из основных экономических законов, гласит, что при прочих равных условиях величина спроса будет больше при низких ценах и меньше при высоких. При прочих равных условиях — это очень важная часть формулировки. Мы можем с определенной уверенностью сказать, что спрос на аспирин будет больше, когда цена его упадет, но при том условии, что иные факторы не изменятся — например, цены на другие жаропонижающие препараты останутся прежними.

Помимо цены, следует учитывать и другие факторы, активно влияющие на спрос:

- **уровень доходов населения** (чем выше доходы, тем больше вероятность обращения за дорогостоящей медицинской услугой);
- **возрастно-половая структура населения** (процесс старения населения увеличивает спрос на лекарственные препараты и основные виды медицинской помощи; преобладание женщин молодого возраста увеличивает

спрос на специфические лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые в гинекологической и акушерской практике, — противозачаточные средства, тампоны и пр., а также косметологические услуги);

- **мода** (стремление к снижению веса или омоложению увеличивает спрос на биологические добавки, способствующие этому, и операции липосакции, пластические операции и др.);
- **"врачебный фактор"** (врачи своими не всегда обоснованными рекомендациями к проведению дополнительных диагностических процедур способны увеличить спрос на медицинские услуги);
- **реклама** (активная пропаганда в СМИ тех или иных лекарственных препаратов, диагностических или лечебных методов вызывает зачастую повышенный спрос на эти виды медицинских услуг).

Как было сказано выше, спрос — это потребность, подкрепленная покупательной способностью. Ресурсы для удовлетворения потребности, как правило, ограничены. Поэтому человек будет выбирать те товары и услуги, которые доставляют ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей. При этом надо исходить из того, что потребности людей в медицинских услугах практически безграничны, но не безграничны возможности их удовлетворения. Например, есть необходимость поставить на зуб коронку. Естественное желание — использовать для этого современные материалы: фарфор, металлокерамику. Однако, если нет финансовых возможностей для удовлетворения этого желания, пациент будет стоять несколько лет в очереди, чтобы бесплатно поставить самую обычную коронку.

В здравоохранении удовлетворение потребности зависит не только от платежеспособности пациента, но и от доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения и квалификации врачей.

Например, если больному нужно поставить кардиостимулятор, даже при наличии у него денег, не в любой больнице удастся это сделать, так как не везде для этого есть необходимые условия.

Спрос — явление весьма динамичное. Он может изменять свое состояние от ажиотажа до полного отрицания необходимости каких-либо товаров и услуг. Различают следующие виды спроса:

- **Отрицательный спрос.** Медики часто встречаются с его проявлениями: отрицательный спрос на прививки, на

прием к врачам отдельных специальностей; болезненные, дорогостоящие процедуры.

- **Скрытый спрос.** Отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например: услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги и индивидуальное питание в стационаре.
- **Падающий спрос.** К примеру, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многократного использования, гипотензивные препараты отечественного производства. Поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты.
- **Нерегулярный спрос.** Это сезонные временные колебания. Например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
- **Чрезмерный спрос.** В здравоохранении наблюдается чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по следующей формуле:

$$C = N \cdot П,$$

где C — спрос на медицинские услуги; N — число пациентов; $П$ — средний коэффициент обращения за медицинскими услугами.

В зависимости от характера спроса можно прогнозировать изменения потребностей пациентов в медицинских услугах, а следовательно, увеличение или уменьшение необходимого объема помощи.

Следующее основополагающее понятие рынка — **предложение**, которое характеризует стремление производителя (продавца) предложить к продаже свои товары и услуги. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель желает и может продать по данной цене в определенный период времени. Она зависит от цены, но на нее влияют и многие другие, так называемые неценовые, факторы.

Применительно к здравоохранению **предложение** — это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

На предложение оказывают влияние и такие факторы, как численность и квалификация персонала, производительность оборудования, налоговая и ценовая политика и др.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена, которая под воздействием экономических законов формируется на мировом, государственном или региональном уровнях. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и является одним из инструментов регулирования этого рынка. Цена — это та сумма денег, за которую "покупатель" может купить, а "продавец" готов продать этот товар или медицинскую услугу. Цена — это своего рода компромисс экономических интересов участников рынка.

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой. В централизованной экономике цены используются как эффективный инструмент воздействия со стороны государства на производство, обмен, потребление. В рыночной экономике цены под действием экономических законов способствуют саморегулированию экономических процессов на рынке и сами формируются в результате такой саморегуляции.

В экономике цены имеют множество назначений и выполняют следующие функции:

- измерительную;
- распределения и регулирования;
- социальную;
- учета;
- стимулирующую.

Измерительная функция. Цена выполняет измерительную функцию денег. Знание цен дает нам возможность сориентироваться в выборе товаров и услуг, определить необходимую сумму денег для их оплаты. По цене трудозатрат определяется заработная плата.

Функция распределения и регулирования. Эта функция цены в полной мере используется в плановой экономике и, час-

тично, в рыночной. Путем налогового регулирования, введения дотаций государство может реально влиять на цены и, тем самым, на перераспределение доходов и ресурсов, поступающих юридическим и физическим лицам в разных регионах страны.

Социальная функция. Это одна из важнейших функций, которую выполняет цена. С ценами и их изменением связаны структура и объем потребления населением экономических и других благ, стоимость потребительской корзины (для расчета прожиточного уровня), потребительский бюджет семьи. Уровень цен во многом определяет благосостояние населения и качество жизни. Общество очень чутко реагирует на любое, даже незначительное, изменение цен.

Функция учета. Это важнейший инструмент бухгалтерского учета. Используется при учете имущественных комплексов учреждений, предприятий, организаций, а также для оценки основных фондов.

Стимулирующая функция. Эта функция реализуется в стремлении производителя и продавца, в условиях конкурентной борьбы, достигать наибольшего объема реализации товаров и услуг (при наименьшем уровне цен) для получения наибольшей прибыли. В свою очередь это вызывает необходимость внедрения современных технологий производства и сбыта продукции, способствует развитию научно-технического прогресса.

Как видно из многообразия перечисленных функций, ценообразование является одной из сложнейших проблем современной экономики. Поэтому методологию ценообразования в здравоохранении мы посчитали целесообразным изложить в отдельной лекции.

С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия:

- цена предложения;
- цена спроса;
- цена равновесия.

Цена спроса — это *такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя.* По этой цене "покупатель" способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения — это *рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца.* Это цена, по которой "продавец" предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна

окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая **цена равновесия**. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов на современном этапе развития общества. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Особенностью равновесной цены является ее эластичность: если под влиянием некоторых факторов произойдет повышение спроса при неизменном предложении или снижение предложения при неизменном спросе, то цена возрастет. Если при неизменном предложении произойдет снижение спроса или возрастет предложение при неизменном спросе, то цена снизится.

Потребности в медицинских товарах и услугах характеризуются неустойчивостью и изменчивостью. Предположим, что на рынке товаров и услуг в здравоохранении увеличился спрос. Коромысло рыночного равновесия покачнулось, подчиняясь законам спроса и предложения. Экономический смысл произошедшего выражается в том, что у пациентов возросла необходимость в получении данной услуги и они согласны платить за нее больше. Как реагирует на это рынок? Первая реакция рыночного механизма — это рост цен, увеличение доходов тех организаций, медицинских учреждений или частнопрактикующих врачей, которые предоставляют товары и услуги данного вида. Вторая реакция — их стремление вложить дополнительно деньги в прибыльное дело, что, естественно, увеличивает объем предложения данных товаров и услуг. Преуспевает лишь тот, кто быстрее увеличит объем данных товаров и услуг при одновременном снижении затрат на их производство, а следовательно, и цен.

Положение на рынке вновь изменится. Предложение все

больше соответствует спросу. Повышенную цену невозможно долго удерживать. Она начинает снижаться, достигая новой отметки равновесия.

В другой последовательности рынок реагировать на увеличение спроса не может, так как для организации дополнительного производства медицинских товаров и услуг требуется время, а финансовой основой такого увеличения как раз и послужат дополнительные доходы, полученные в результате роста цен.

Эффективно этот механизм может действовать только в условиях конкурентной борьбы. Поэтому перейдем к одному из главных двигателей рыночного механизма — конкуренции.

Конкуренция (лат. *concurrentia* — столкновение) — *состяжание между экономическими субъектами: борьба за рынки сбыта товаров с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.* В рыночной экономике такое столкновение неизбежно, ибо оно порождается следующими объективными условиями:

- наличие множества равноправных участников рынка;
- полная экономическая самостоятельность каждого из них;
- зависимость участников рынка от рыночной конъюнктуры;
- противоборство с другими рыночными субъектами за удовлетворение покупательского спроса.

Конкурентная борьба за экономическое процветание и выживание — закон рыночной экономики. Это борьба не только среди продавцов, но и среди покупателей, между покупателями и продавцами.

Продавцы хотят продать свою продукцию подороже, но конкуренция вынуждает сбывать ее дешевле, чтобы стимулировать покупательский спрос. В конкуренции среди покупателей побеждает тот, кто покупает больше или по более низкой цене по сравнению с рыночной. В конкурентной борьбе между продавцами и покупателями выигрывают те, кто более организован и способен навязать свою, выгодную для себя цену.

Таким образом, конкуренция и система рынков позволяют ответить на главные вопросы рыночной экономики: что производить, как производить и как распределить результаты производительного труда.

Именно конкуренция вызывает расширение производства и понижение цены экономического продукта до уровня, точно соответствующего издержкам производства и получению прибыли.

Конкуренция по своей природе весьма противоречива. С од-

ной стороны, она выражает стремление к свободе, экономической независимости. С другой — стремление самих конкурентов к объединению усилий, экономической солидарности для того, чтобы обезопасить себя от превратностей судьбы. Стремление победить в конкурентной борьбе ведет к установлению господствующего положения на рынке, образованию монополий. Конкуренция и монополизм — это не две взаимоисключающие экономические силы, а два мощных маховика единого рыночного механизма.

Конкуренция представляет собой цивилизованную, легализованную форму борьбы за существование и один из наиболее действенных механизмов естественного отбора и регулирования в рыночной экономике. Различают следующие виды конкуренции:

- **совершенная конкуренция**, имеющая место на рынке с множеством продавцов и покупателей схожего, взаимозаменяемого товара. На таком рынке ни один из продавцов и покупателей не способен оказать решающего влияния на цену и масштабы продаж. Для нее характерна абсолютная мобильность производственных ресурсов и хорошая информированность производителей о состоянии рынка;
- **монополистическая конкуренция**, имеющая место на рынке с большим количеством продавцов и покупателей при значительном разнообразии товаров, продаваемых по разным ценам;
- **олигополистическая конкуренция**, имеющая место на рынке с небольшим количеством крупных продавцов товара, способных оказывать существенное влияние на цены, по которым продается данный товар;
- **недобросовестная конкуренция**, участники которой нарушают принятые на рынке правила и нормы конкуренции, вступают в сговор против других конкурентов, стремятся их опорочить, дискредитировать, используют ложную рекламу своей продукции, устанавливают дискриминационные, иногда демпинговые цены. Недобросовестную конкуренцию в наиболее простых формах называют **хищнической**;
- **несовершенная конкуренция** в условиях рынка, значительно отличающаяся от совершенной. Она предполагает функционирование на рынке одной или нескольких крупных фирм, производящих основную массу определенного товара. Она проявляется в виде монополии (один продавец) и монополии (один покупатель), когда отдельный рыночный субъект занимает домини-

рующее положение и контролирует рынок данного товара.

На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения — по реализации государственного (муниципального) заказа на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские услуги или товары медицинского назначения.

Как уже сказано, конкуренция на рынке регулирует цены на товары и услуги, ведет к повышению их качества.

Но для того, чтобы вступить в конкурентную борьбу, необходимо прежде всего как можно точнее установить реальных конкурентов, выявить их преимущества. Очень важно получить информацию обо всех аспектах деятельности конкурентов, в том числе их финансовом положении, ценах, затратах на производство медицинских товаров и услуг, их структуре. Руководителю организации здравоохранения, частнопрактикующим врачам необходимо знать соотношение цен и затрат на свои медицинские услуги и услуги конкурентов, выяснить, имеется ли у конкурентов особая стратегия в области рекламы, какие льготы предлагаются пациентам, постоянно обращающимся в данное учреждение, какие современные медицинские технологии используются. Все это даст возможность понять, в чем заключаются ваши сильные и слабые стороны, чтобы успешно двигаться вперед.

Конкуренты — это другие коммерческие организации, лечебно-профилактические учреждения, производящие медицинские товары и услуги. Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Имея информацию о сильных и слабых сторонах конкурентов, следует, во-первых, определить отличительные особенности конкурентов, а во-вторых обосновать свои собственные конкурентные преимущества. Конкурентные преимущества — это уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться

на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Главное требование при этом — то, что отличие должно быть реальным, выразительным, существенным. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество медицинских товаров и оказываемых услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке товаров и услуг здравоохранения. Вариантами подобной стратегии могут быть:

- стратегия низкой себестоимости;
- стратегия дифференциации услуг;
- стратегия новаторства.

Анализ конкуренции позволяет установить позиции организации здравоохранения на рынке медицинских товаров и услуг — произвести его позиционирование, т. е. определить те действия, которые обеспечат организации конкурентоспособность на рынке.

В условиях добровольного и обязательного медицинского страхования появляется борьба за потребителя медицинских услуг. Поэтому необходимо тщательно изучать мотивы поведения пациентов на рынке медицинских услуг.

В рамках маркетингового исследования руководитель организации здравоохранения должен определить, какие оказываемые услуги будут пользоваться наибольшим спросом, каков социальный, возрастной и профессиональный состав обращающихся за услугами, какова их реакция на предлагаемые цены. Цель подобного анализа будет заключаться в получении информации для принятия конкретного решения о том, какое количество или какой объем медицинских услуг следует оказывать.

Главный вопрос, на который здесь предстоит ответить, — почему пациенты стремятся получить данные услуги? Анализируя мотивы поведения пациентов, нужно не только изучить

структуру заболеваемости среди отдельных групп населения, их привычки, вкусы, но и выяснить причины такого поведения.

В ходе анализа применяют различные методы социологических исследований с использованием специальных тестов, анкет, опросников, позволяющих фиксировать мнения пациентов в отношении тех или иных медицинских услуг.

Однако на сегодняшний день реально конкурентная среда формируется только в частном секторе здравоохранения. Существующая система распределения государственных и муниципальных заказов на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи практически исключает конкуренцию между государственными и муниципальными организациями здравоохранения.

Мы описали возможное действие рыночных механизмов в здравоохранении с одной лишь целью — дать общее представление о рыночных отношениях, при этом отдавая себе отчет в том, что в чистом виде действие рыночных механизмов в системе здравоохранения неприемлемо. Нельзя абсолютизировать значение этого процесса, полностью подчинив управление и финансирование здравоохранения законам рыночной экономики. Здравоохранение как специфическая сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы индивидуума и общества в целом, не может целиком и полностью аккумулировать в себе рыночные механизмы.

Для того чтобы погоня за прибылью и выгодными видами медицинских услуг не стала самоцелью, не сказалась пагубно на здоровье населения, должна быть разработана и внедрена модель здравоохранения, основанная на государственном управлении (регулировании) рыночных механизмов, единственной целью реализации которой должно стать повышение доступности и качества медицинской помощи населению, повышение эффективности деятельности самой системы здравоохранения.

2.3. Важнейшие функции и основные типы рынка

Рынок вообще, в том числе в здравоохранении, выполняет ряд важнейших функций:

- **информационная:** через меняющиеся цены, изменение спроса и предложения рынок дает объективную информацию об общественно необходимом количестве и качестве товаров и услуг;

- **ценообразующая:** на рынок поступают товары и услуги одного назначения, но различающиеся по затратам. Рынок признает лишь те затраты, которые соответствуют условиям предоставления основной массы товаров и услуг данного вида, именно их согласен оплачивать потребитель. Таким образом, сопоставляя и уравнивая спрос и предложение, рынок формирует рыночную цену;
- **стимулирующая:** через конкуренцию рынок регулирует снижение затрат на единицу произведенного экономического продукта, повышает его качество, поощряет научно-технический прогресс.
- **регулирующая:** реагируя на изменения спроса и предложения, рынок способствует адаптации структуры производства к структуре потребления населением товаров и услуг, формирует взаимовыгодные отношения между производителями и потребителями на основе развития производственно-торговых связей;
- **воспроизводственная:** обеспечивает непрерывность процесса производства различных форм экономического продукта. При этом производитель, сбывая на рынке свою продукцию, получая прибыль и приобретая необходимые ему дополнительные ресурсы, может производить продукцию уже не в прежних, а в увеличенных объемах.

Следует подчеркнуть, что эффективность реализации этих функций рынка имеет место только в условиях цивилизованных и законодательно подкрепленных рыночных отношений, где действуют механизмы государственного регулирования. В противном случае социально ориентированные принципы рыночной экономики заменяются на механизмы теневой или плановой экономики. Негативные последствия последних наше общество испытывает и сегодня.

По уровню конкуренции различают следующие виды рынков:

- высококонкурентный (свободный);
- монополистической конкуренции;
- олигополистический;
- монополистический (закрытый).

Высококонкурентный (свободный) рынок. Этот рынок характеризуется прежде всего неограниченным числом участников. Цены на этом рынке устанавливаются только согласно спросу и предложению, независимо от влияния каких-либо внешних факторов. Все продавцы и покупатели в равной мере владеют информацией о ситуации на рынке (спрос, предложе-

ние, цены и др.). На этом рынке отсутствует давление и принуждение со стороны одних участников по отношению к другим; каждый вправе свободно войти на рынок и покинуть его. Продавец и производитель могут укрепить свое положение на таком рынке лишь путем уменьшения затрат на производство продукции и повышения ее качества. К этому виду рынка наиболее приближены рынки лекарств, стоматологических услуг, некоторых изделий медицинского назначения (одноразовые шприцы, системы для переливания препаратов крови, предметы личной гигиены и др.).

Монополистической конкуренции рынок. На этом рынке большое число участников производят похожую, но не полностью взаимозаменяемую продукцию, сделки совершаются в широком диапазоне цен, а не по единичной, розничной цене. Поэтому чем выше степень взаимозаменяемости товаров и услуг, тем выше уровень конкуренции. Этот рынок занимает промежуточный сектор между свободной и монополистической разновидностями рынков. Примером такого рынка может служить рынок достаточно однотипного, взаимозаменяемого медицинского оборудования и аналогов лекарственных препаратов.

Олигополистический рынок. Для него характерно небольшое число продавцов, весьма чувствительных к политике ценообразования и маркетинговым технологиям, которые торгуют с большим количеством покупателей. Это наиболее типичный для современной рыночной экономики вид рынка. На этом рынке могут быть представлены как однородные, так и дифференцированные товары и услуги. Он занимает среднее положение между монополистической конкуренцией и монополистическим рынком.

Монополистический (закрытый) рынок. Этот рынок характеризуется установившимися прочными коммерческими связями между продавцами и покупателями; проникновение новых лиц на него затруднено рядом формальных и неформальных обстоятельств. Характерно и то, что на этом рынке курс (цена, по которой продаются и покупаются товары) покупателя равен курсу продавца. Этот тип рынка — прямая противоположность свободному, высококонкурентному рынку. Как правило, на этом рынке присутствует один продавец, и он торгует товаром, не имеющим близкую себе замену. В здравоохранении подобный рынок может возникнуть в условиях, когда одно медицинское учреждение (например, республиканская или областная больница) способно оказывать уникальные виды медицинской помощи (кардиохирургия, трансплантология, реконструктивные операции и др.) или же единст-

венная фирма является производителем оригинального лекарственного препарата. Для предотвращения появления и развития монополистического рынка в большинстве государств принимается антимонопольное законодательство.

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: рынок медицинских услуг, рынок лекарственных препаратов, рынок труда медицинского персонала, рынок научных разработок, рынок медицинских технологий, рынок медицинского оборудования и техники и др. Остановимся подробнее на характеристике рынка медицинских услуг.

2.4. Рынок медицинских услуг

Рынок медицинских услуг — это рынок, который удовлетворяет потребности людей в сохранении и улучшении здоровья. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Изучение социально-экономической природы услуг здравоохранения помогает лучше понять специфику и сущность отдельных видов медицинских услуг, уточнить их характерные особенности, разработать стратегию социально ориентированного рынка медицинских услуг.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения.

Виды медицинских услуг. Медицинская услуга может быть *простой и комплексной*.

Под простой медицинской услугой понимается неделимая услуга, например диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни. Под комплексной услугой понимается законченный случай по определенной нозологической форме: для стационаров — пролеченный больной, для амбулаторно-поликлинических учреждений — законченный случай лечения, для стоматологических поликлиник — санированный больной, для службы скорой помощи — выезд бригады и проведенное лечение.

Кроме того, различают *стандартные и индивидуальные* медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прецеденты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфические особенности медицинских услуг:

- неосвязаемость;
- неотделимость от источника получения услуг;
- несохраняемость;
- вариабельность качества оказываемой медицинской услуги;
- неоднозначность оценки результата медицинской услуги;
- медицинская услуга — это продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента).

Неосвязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

Неотделимость от источника получения услуги. Процессы предоставления и потребления медицинских услуг не отделимы друг от друга ни в пространстве, ни во времени. Оказание медицинской услуги требует личных контактов производителя и потребителя, т. е. в подавляющем большинстве случаев оказание медицинской помощи требует непосредственного участия в этом процессе не только медицинских работников, но и пациентов — потребителей медицинских услуг. Не являются исключением из этого правила и услуги, связанные с созданием материально-вещественных объектов, например зубных протезов, кардиостимуляторов и др. На разных этапах оказания этих услуг (уточнение параметров, примерка, установка) неизбежно возникает потребность в непосредственном контакте между производителем услуг — медицинским работником и их потребителем — пациентом. Это обусловлено неосвязаемостью и несохраняемостью медицинской услуги.

Несохраняемость. В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Например, нельзя, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, мгновенно "выбросить" их со склада на рынок.

Вариабельность качества оказываемой медицинской услуги. Согласно формулировке, предложенной ВОЗ, качество медицинских услуг — это совокупность их характеристик и свойств, имеющих эмпирическую природу и способных удовлетворять установленным требованиям. Медицина — это творческий процесс, который не бывает однозначным или однообразным. Он отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью врачебного подхода к пациенту, а в итоге, порой, непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией. В диагностическом, тактическом и технологическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит прежде всего от квалификации врача, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Неоднозначность оценки результата медицинской услуги. Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно: например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский и социальный эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях. Но он стал инвалидом — это отрицательный эффект. В отличие от других сфер профессиональной деятельности, в медицине неблагоприятный и даже летальный исход отнюдь не всегда является противоестественным и противоправным. Это объясняется всеми перечисленными выше особенностями медицинской услуги. Нередко в случае неблагоприятного исхода лечения пациенты или их родственники пытаются искать виновных среди врачей, тогда как в действительности подобный исход объясняется специфическими особенностями организма больного и характером конкретного заболевания. Не имея возможности адекватно оценивать потребительские свойства услуг, пациенты волей-

неволей вынуждены всецело полагаться на профессиональную репутацию, уровень квалификации и опыт работы медицинского персонала.

Медицинская услуга — это *продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента)*. Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий врача и желания пациента получить пользу, с реально ощутимым восприятием от ее потребления. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения врача. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, нездоровый образ жизни, неточно представленная больным информация о начале заболевания и его симптомах также могут стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Рынок медицинских услуг имеет свои, присущие только ему особенности, к которым можно отнести следующие:

- на рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:
 - производитель, продавец медицинских товаров и услуг (медицинское учреждение, врач),
 - покупатель (пациент, работодатель, государство),
 - посредник — территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации;
- в отличие от других рынков производитель медицинской услуги и ее продавец выступают, как правило, в одном лице;
- выраженный сезонный характер спроса на медицинские услуги;
- особенности территориальной сегментности (дифференциации) рынка медицинских услуг и высокой изменчивости рыночной конъюнктуры в зависимости от уровня и структуры заболеваемости населения данного региона (эпидемии, экологические и техногенные катастрофы, эндемичность территории по тем или иным заболеваниям и др.);
- сложная структура спроса на медицинские услуги, связанная с необходимостью их персонификации и индивидуализации;
- способность продавца медицинских услуг одновременно влиять на спрос и на предложение (проводя необходимые или дополнительные исследования, врач устанавливает диагноз, определяя, таким образом, спрос пациента на конкретные медицинские услуги и одновременно

оказывая эти услуги, удовлетворяет спрос, т. е. формирует предложение);

- ажиотажный спрос на медицинские услуги со стороны пациентов (стремление пациента в силу каких-то психологических причин настоять на дополнительном обследовании, получении дорогостоящих лекарств и др.);
- здравоохранение — это сфера, где существует высокая степень доверия к продавцу (врачу);
- особые требования, предъявляемые к качеству и безопасности медицинских услуг;
- высокая приоритетность и социальная значимость медицинской услуги;
- отсутствие четкой связи между затратами труда медицинских работников и конечным результатом;
- приоритет социальной и медицинской эффективности и второстепенная значимость экономической эффективности.

Теневой рынок товаров и услуг в здравоохранении. Наряду с цивилизованными, законодательно регламентируемыми рынками в рыночной экономике реально существует сектор так называемой теневой экономики. Для него характерны экономические процессы, которые не афишируются и скрываются их участниками, не контролируются государством и обществом, не регистрируются официальной статистикой. Это невидимые со стороны процессы производства, распределения, обмена, потребления товаров и услуг, в которых заинтересованы отдельные люди или группы людей. Все это, безусловно, наносит экономический урон обществу вследствие недопоступления экономических ресурсов в общественные фонды потребления.

Не является, к сожалению, исключением в этом плане и рынок товаров и услуг в здравоохранении. По различным оценкам, "теневая" оплата медицинских услуг и лекарственных средств составляет 15—20 % совокупных расходов государства и населения на здравоохранение, или же 45—50 % от общих платежей граждан в получении медицинской помощи.

Перечислим основные причины формирования теневого рынка товаров и услуг в здравоохранении:

- сохраняющийся выраженный дисбаланс между государственными обязательствами по оказанию населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и реальным объемом выделяемых на эти цели экономических ресурсов;
- несовершенство правовых механизмов защиты прав пациентов в судебных органах;

- несоизмеримо низкая по сравнению с физическими и психологическими затратами оплата труда работников здравоохранения. Несовершенство форм и механизмов оплаты труда;
- отсутствие конкуренции среди государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- низкое представительство на рынке медицинских услуг различных форм добровольного медицинского страхования.

Устранение этих и других причин позволит сократить сектор теневой экономики в здравоохранении, тем самым защитит права пациентов на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, поднимет престиж медицинских работников в глазах населения и в обществе.

Медицинские услуги имеют те же рыночные, экономические характеристики: *себестоимость, цену, рентабельность*. Поэтому очень важно знание механизмов регулирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг. Это зависит прежде всего от уровня платежеспособности пациентов, стоимости медицинских услуг, их качества и эффективности. Действие самого механизма регулирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг мы рассмотрим в одной из следующих лекций.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ II

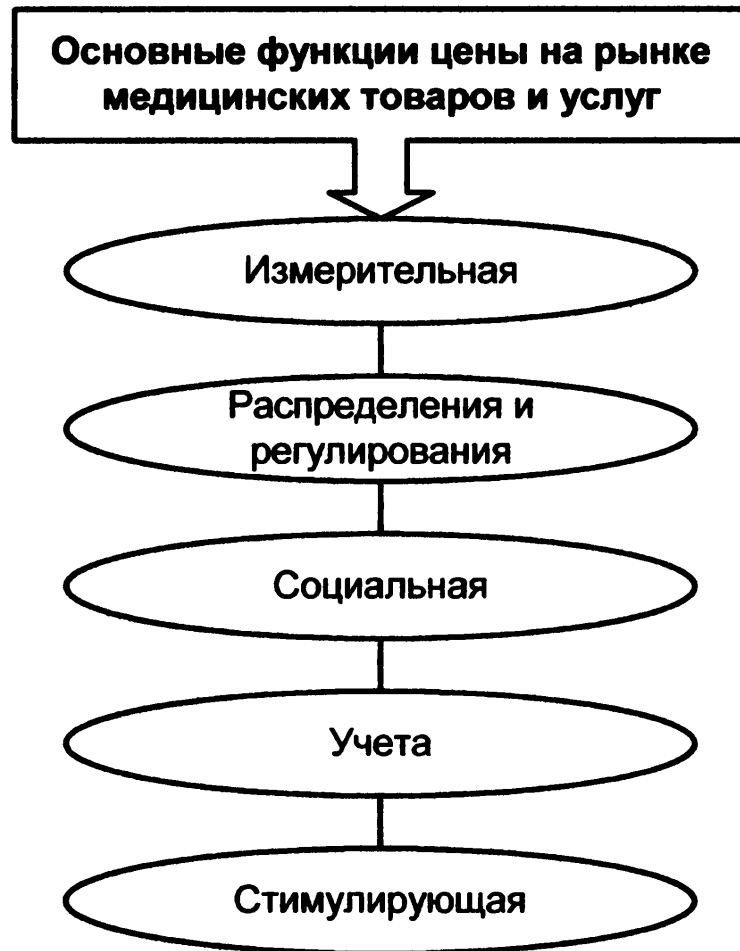


Рис. 2.1. Основные характеристики цены на рынке медицинских товаров и услуг

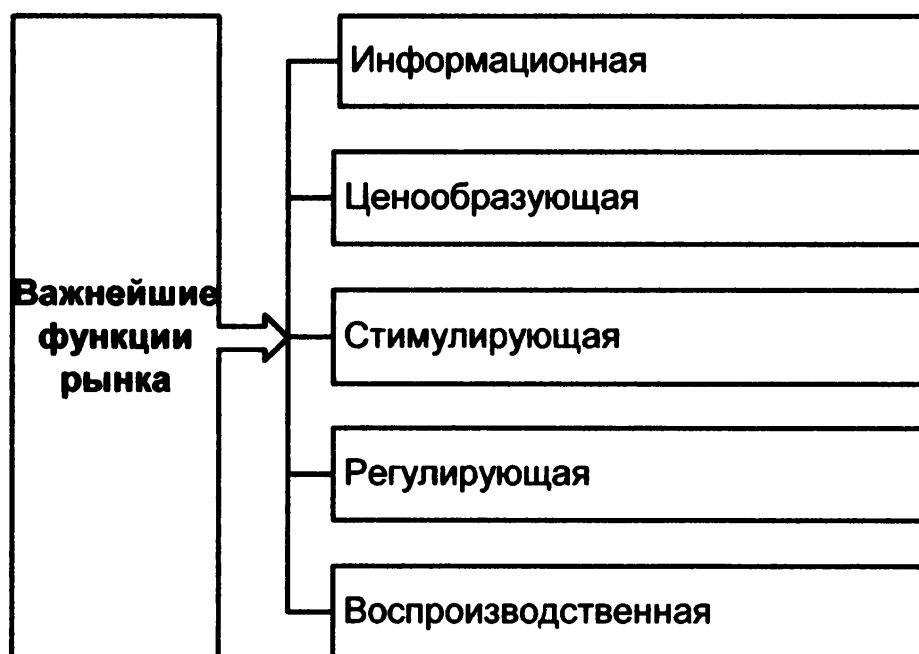


Рис. 2.2. Основные функции рынка

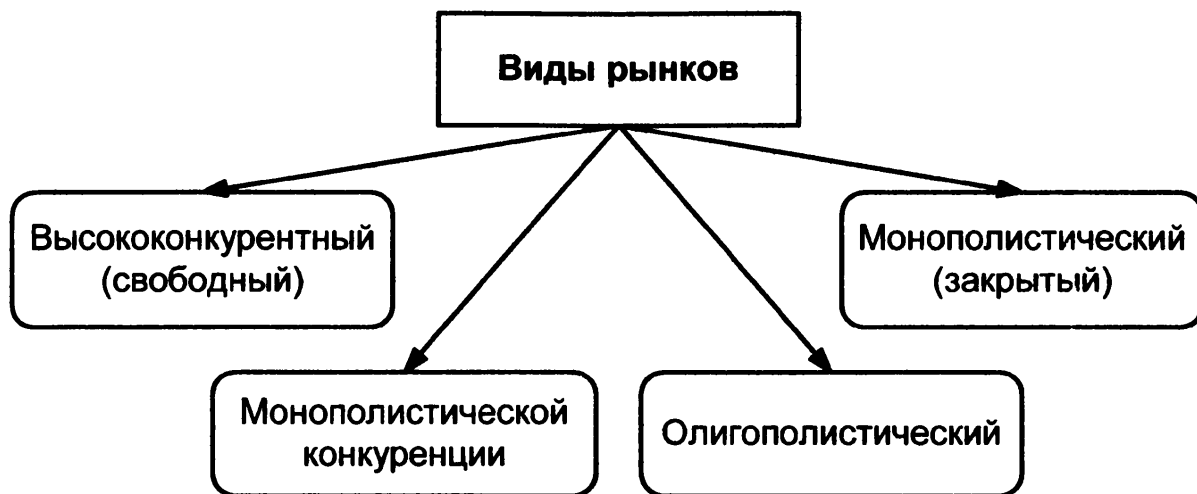


Рис. 2.3. Виды рынков



Рис. 2.4. Специфические особенности медицинских услуг

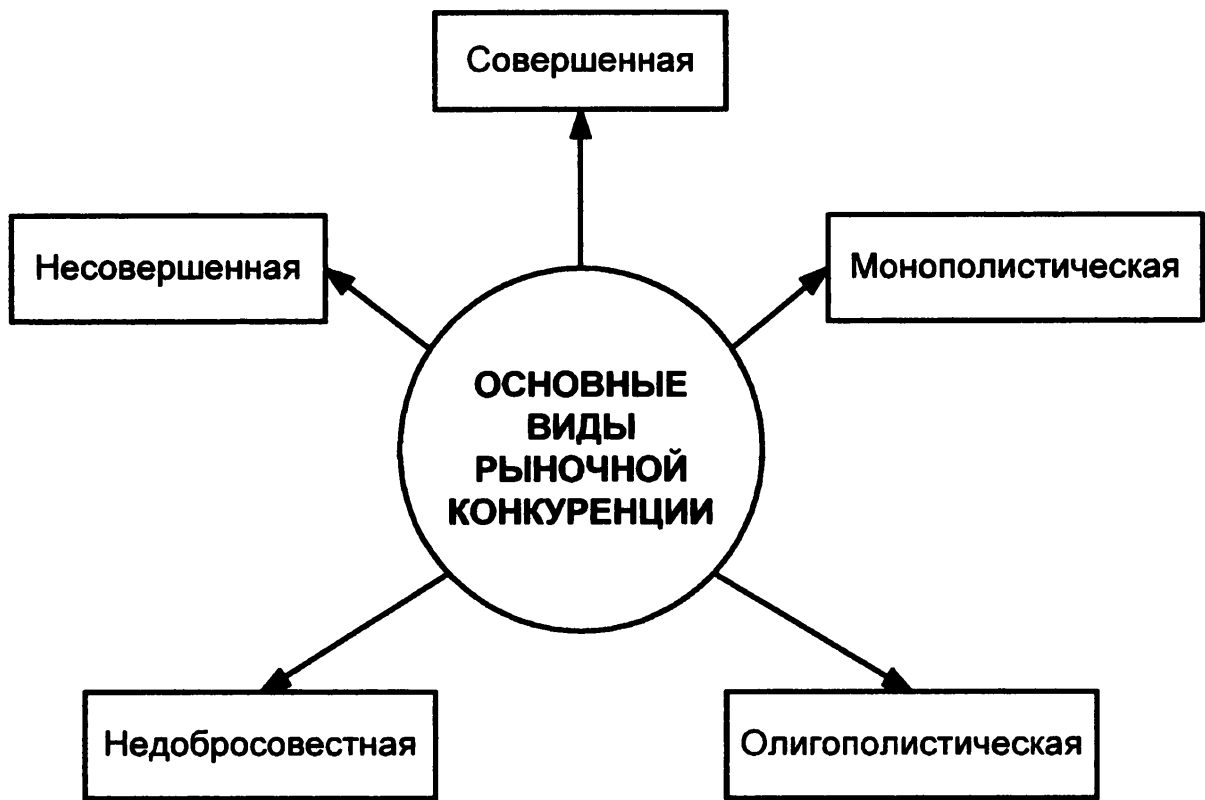


Рис. 2.5. Основные виды рыночной конкуренции

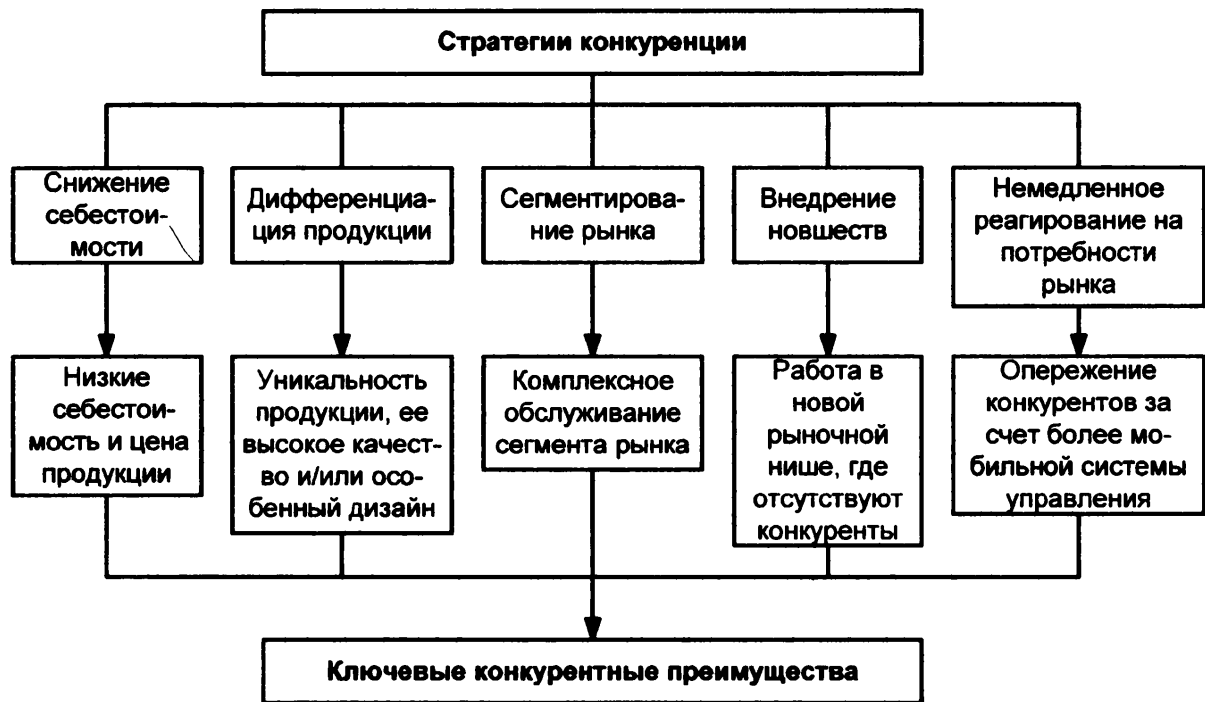


Рис. 2.6. Базовые стратегии конкуренции и конкурентные преимущества

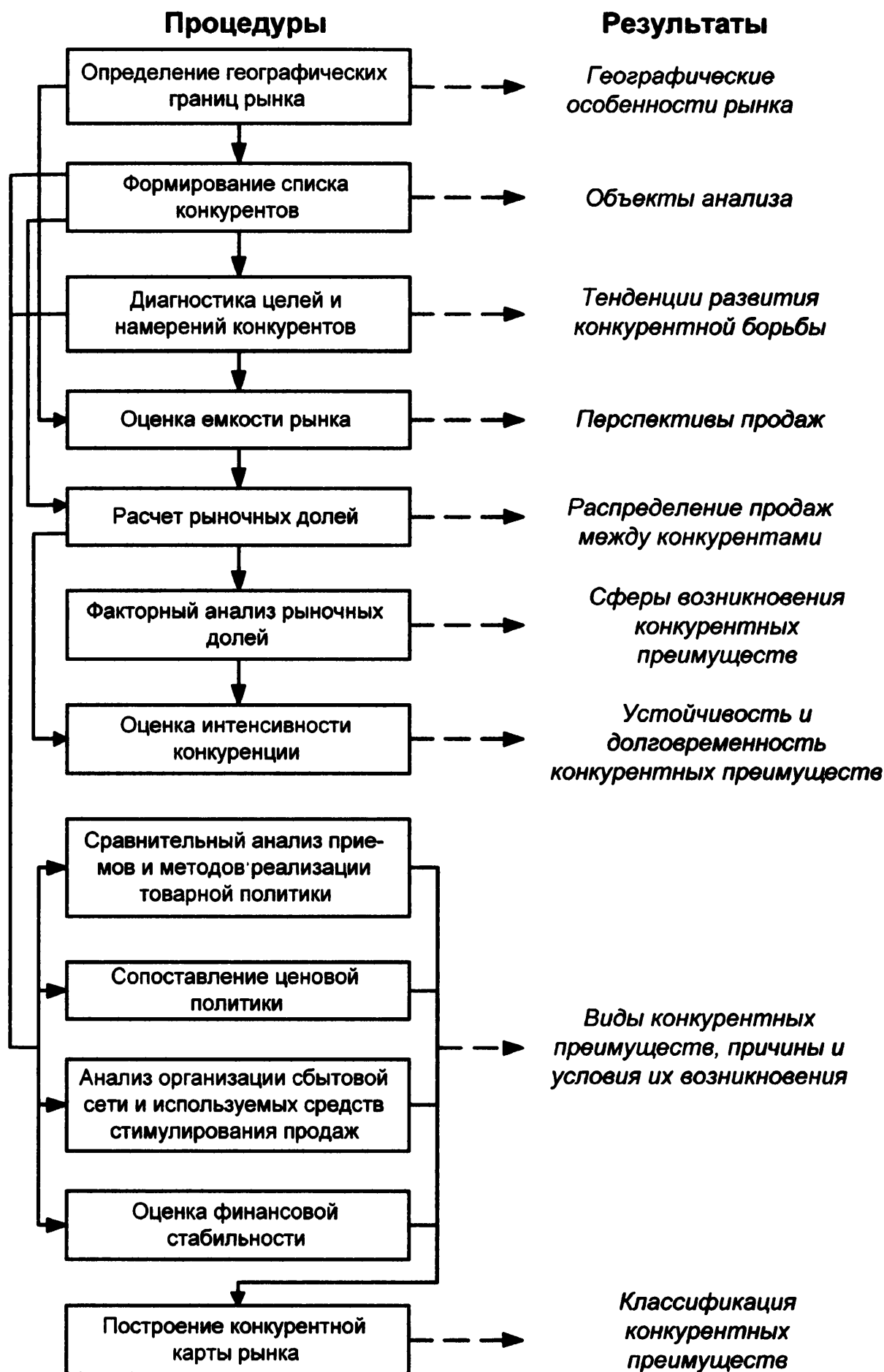


Рис. 2.7. Технология поиска конкурентных преимуществ

Лекция III. ФИНАНСЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Общие положения о финансах и финансовой политике

Финансы — это специфическая сфера экономических отношений, которые определяются движением денег. В основе этих отношений лежат сложнейшие процессы, происходящие в результате создания, распределения, обмена и использования ВВП и национального дохода.

Финансы непосредственно связаны с функционированием денежных фондов и денежных потоков предприятий и государства. Таким образом, понятие "финансы" относится к одной из распространенных экономических категорий, имеет много признаков и довольно обширный смысловой диапазон толкования. Этот термин широко используется как в теории экономической науки, так в практической деятельности и в быту. С определением "финансы" связано очень много производных от него терминов, поэтому знание основных из них, на наш взгляд, облегчит понимание этой лекции.

Финансовая система — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает в себя: финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование, в общепринятом смысле, — это способ предоставления физическому или юридическому лицу денежных средств для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Как видно из приведенного выше определения, в процессе финансирования основную роль играют "денежные средства". Но при этом не менее распространенным является термин "деньги". В чисто бытовом представлении различий между этими терминами нет. В действительности это не так.

Деньги — это особый товар, который является всеобщим эквивалентом всех других товаров. Специфическими задачами денег является выполнение ими функции средства обмена, платежа, измерения стоимости, накопления богатств, мировых денег.

Несмотря на то что деньги возникли много тысяч лет назад, дискуссии о том, что такое деньги и почему они используются в хозяйстве, до сих пор продолжаются во всем мире.

Денежные средства — это *финансовые средства в отечественной или иностранной валютах, находящиеся в кассе, на расчетном, валютном и других счетах в банках на территории страны или за рубежом, а также в легко реализуемых ценных бумагах, платежных и денежных документах.*

В странах с плановой экономикой главенствующая роль принадлежит государственным финансам и выполнению ими преимущественно распределительной функции. В странах с рыночной экономикой центр тяжести финансовой деятельности перемещается с централизованного распределения финансовых ресурсов на обеспечение устойчивого финансирования рынка товаров и услуг и ведущей функцией финансов становится воспроизводственная. В том и другом случае, хотя в разной степени и формах, финансы выполняют функцию контроля за используемыми финансовыми ресурсами.

Здесь уместно сказать, что **финансовые ресурсы** — это *совокупность всех видов денежных средств, находящихся в распоряжении экономического субъекта (предприятия, организации, отрасли, региона, государства), являющихся результатом взаимодействия поступления, распределения и расходования денежных средств.*

Финансы как сфера экономических отношений имеют свои принципы, на которых эти отношения реализуются. К таким принципам относятся:

- единство;
- сбалансированность;
- целевая направленность;
- стратегическая ориентированность.

Главенствующая роль в оздоровлении и обеспечении устойчивого функционирования российской экономики принадлежит **финансам государства**, которые включают в себя бюджеты всех уровней (финансовые отношения, связанные с образованием и использованием общегосударственного и региональных фондов денежных средств), государственные внебюджетные фонды (Пенсионный фонд РФ, Федеральный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ), кредитно-банковскую систему (финансовые отношения, образующие ссудный фонд государства, используемый как основной источник заемных средств), страхование (финансовые отношения, направленные на сокращение и устранение риска в деятельности предприятий), фондовый рынок (финансовые отношения, связанные с обращением государственных, корпора-

тивных и других ценных бумаг), финансы государственных унитарных предприятий.

Говоря о финансах как о сложнейшей сфере экономических взаимоотношений, в основе которых лежит движение денег, надо отчетливо представлять, что это движение не принесет желаемого результата и приобретет хаотичный характер (что и происходило в первое десятилетие реформ в России), если государство не выработает и не будет последовательно проводить социально ориентированную финансовую политику. В современной интерпретации **финансовая политика** представляет собой *совокупность форм, методов и инструментов регулирующего воздействия на социально-экономические процессы, связанные с реальным денежным оборотом.*

Выделяют следующие направления в государственной финансовой политике:

- налоговая;
- бюджетная;
- денежно-кредитная;
- социальная;
- инвестиционная.

Налоговая политика является важным направлением финансовой политики. Она направлена на создание приемлемых как для государства, так и для участников рынка условий налогообложения, обеспечивающих улучшение финансового положения в реальном секторе экономики.

Одной из основных задач налоговой политики является комплексное реформирование налогового законодательства в целях оптимизации налоговой базы и снижения уровня неплатежей. Это может достигаться как пересмотром существующих налоговых и таможенных льгот, так и ужесточением налогового администрирования. На современном этапе реформирования ввиду огромной задолженности предприятий важнейшей задачей остается реструктуризация задолженности по платежам в бюджет и государственные внебюджетные фонды.

Первостепенной задачей **бюджетной политики** является преодоление бюджетного кризиса. Для этого в государстве разрабатываются и реализуются программы экономии государственных расходов. Эффективной мерой является централизация всех доходов и средств федерального бюджета на счетах органов Федерального казначейства, хотя насколько это оправданно, покажет время. Как считают специалисты, необходимым условием преодоления бюджетного кризиса должна быть реструктуризация государственного долга на основе результатов инвентаризации внешних и внутренних заимствований и тщательного анализа их использования.

Актуальной задачей **денежно-кредитной** политики остается преодоление банковского кризиса. Этого можно достигнуть путем восстановления доверия населения к кредитным организациям, реформирования банковской системы, причем одной из важнейших функций государства остается регулирование курса рубля к иностранным валютам на основе паритета покупательной способности. По-прежнему заботой государства остается пополнение валютных запасов государства и снижение оттока капиталов за границу. К другим не менее эффективным инструментам денежно-кредитной политики относятся регулирование процентных ставок и расширение денежного предложения, например внедрение прогрессивных методов кредитования населения (включая ипотечные кредитования), лизинга и др.

Несмотря на предпринимаемые Правительством РФ меры по оздоровлению экономики, в обществе по-прежнему сохраняется социальная напряженность, которая усугубляется задержками выплаты и низким уровнем заработной платы и пенсий. Поэтому важнейшим направлением государственной финансовой политики должна стать **социальная политика**. Для решения целого комплекса накопившихся в обществе социальных проблем должны быть выработаны эффективные финансовые механизмы. К их числу следует отнести компенсацию доходов наименее обеспеченных слоев населения, в том числе дифференцированную индексацию пенсий и поэтапную индексацию ставок и окладов работников бюджетной сферы; реализацию пенсионной реформы, упорядочение системы социальных льгот и выплат с перенесением основной части государственной помощи на малообеспеченные слои населения.

Не менее важно для оздоровления экономики проведение разумной и эффективной **инвестиционной политики**, которая в первую очередь должна быть направлена на повышение роли бюджета развития Российской Федерации как основного источника финансирования инвестиционных проектов и социальных программ. Для этого необходимо создать условия и вернуть доверие населения к инвестированию в эти программы своих личных сбережений, развивать ипотечное кредитование, активнее привлекать иностранные инвестиции.

3.1.1. Финансовое планирование в здравоохранении

Как уже говорилось в предыдущей лекции, одним из направлений планирования как функции управления является финансовое планирование.

Остановимся на вопросах финансового планирования деятельности систем здравоохранения субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, а также отдельных организаций здравоохранения, входящих в их состав.

Основным документом, в котором определяются виды и объемы медицинской помощи, бесплатно предоставляемой населению, является Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — Программа), которая ежегодно утверждается Правительством РФ. В соответствии с ней ежегодно на уровне субъектов РФ утверждаются территориальные Программы, которые разрабатываются на основании муниципальных заказов по обеспечению населения муниципальных образований субъекта РФ бесплатной медицинской помощью.

Основным принципом финансового планирования системы здравоохранения субъекта РФ и муниципальных образований должно стать соответствие объема предоставляемой населению государством бесплатной медицинской помощи и финансовых ресурсов, выделяемых для ее обеспечения.

Только при достижении такого соответствия можно реализовывать конституционное право граждан на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи.

Финансовое планирование осуществляется на основе системы финансовых нормативов, реально учитывающих затраты на единицу определенных медицинских услуг (койко-день, посещение, вызов скорой медицинской помощи и др.). При этом необходимо, чтобы нормативы отвечали реальным затратам на оказание бесплатной медицинской помощи в условиях эффективного финансового менеджмента. При заниженных нормативах невозможно обеспечить необходимыми финансовыми ресурсами Программу, завышение нормативов приводит к неэффективному расходованию этих средств.

Основными этапами финансового планирования здравоохранения являются:

- расчет финансовых нормативов;
- определение реальной потребности населения в различных видах медицинской помощи;
- определение реальной потребности здравоохранения в финансовых средствах;
- сопоставление фактически выделяемых государством финансовых средств с реальной потребностью в них здравоохранения;
- анализ выявленного дефицита финансовых средств в обеспечении населения гарантированной бесплатной медицинской помощью;

- планирование мероприятий по сокращению дефицита.

В процессе планирования необходимо проводить экономический анализ для выявления зон неэффективного расходования средств и разрабатывать комплекс мер, обеспечивающих повышение эффективности использования финансовых ресурсов в здравоохранении. При этом одним из направлений повышения эффективности является реструктуризация и оптимизация сети действующих амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

Финансовое планирование носит трехуровневый характер.

На федеральном уровне устанавливаются минимальные нормативы объемов медицинской помощи и их финансирования.

На уровне субъекта РФ определяются необходимые объемы гарантированной (бесплатной) медицинской помощи населению и утверждаются финансовые нормативы ее финансирования. В рамках государственного заказа устанавливаются объемы медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями, и даются рекомендации по объемам гарантированной медицинской помощи для учреждений муниципальных образований здравоохранения.

На уровне муниципального образования принимается муниципальный заказ, включающий план его финансирования. Разработанный таким образом план доводится до каждого муниципального медицинского учреждения. Муниципальный заказ согласовывается с органом управления здравоохранением субъекта РФ, после чего утверждается органами местного самоуправления.

Необходимо особо подчеркнуть, что важнейшей задачей системы финансирования на современном этапе является обеспечение здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для повышения качества медицинской помощи населению в условиях жесточайшего финансового дефицита.

3.1.2. Финансовый контроль в здравоохранении

Финансовый контроль в системе здравоохранения — это контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения.

Важнейшей задачей финансового контроля является реализация единой финансовой политики, а также контроль за це-

левым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

Финансовый контроль осуществляется в виде предварительного, текущего и последующего контроля.

Предварительный контроль на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, территориальным фондом ОМС.

Текущий и последующий контроль в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения области в пределах своих полномочий.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатываются и утверждаются совместные планы-графики.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и в случае их невыполнения направлять материалы проверок в комиссию по лицензированию и аккредитации медицинской и фармацевтической деятельности органа управления здравоохранением субъекта РФ для приостановления или отзыва лицензии организаций здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;

- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в организациях здравоохранения;
- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

3.1.3. Анализ финансово-хозяйственной деятельности медицинского учреждения

В условиях рыночной экономики особенно важно определять финансовую устойчивость организации, т. е. состояние финансовых ресурсов, при котором организация может свободно маневрировать денежными средствами, чтобы путем эффективного их использования обеспечить бесперебойный процесс производства и реализации медицинских товаров, услуг, а также произвести затраты по расширению и обновлению основных средств.

По мере перехода к рыночным отношениям анализ производственной, хозяйственной, финансовой деятельности организаций здравоохранения приобретает сугубо прикладной характер, так как он становится основой тактики и стратегии развития организаций.

Главная цель финансового анализа — получение основных, наиболее информативных показателей, дающих объективную и точную картину финансового состояния организации, ее доходов и расходов, прибылей и убытков, изменений в структуре активов и пассивов, в расчетах с дебиторами и кредиторами.

Анализ финансового положения организации позволяет также проследить тенденции ее развития, дать комплексную оценку хозяйственной, коммерческой деятельности и служит, таким образом, необходимой информационной основой для принятия управленческих решений. Обычно в хозяйственной

деятельности различают финансовый учет и управленческий учет.

Финансовый учет базируется на учетной информации, которая не только используется внутри организации, но и передается вышестоящим контролирующим органам. **Управленческий учет** охватывает все виды учетной информации, которая измеряется, обрабатывается и передается для внутреннего пользования руководству. Управленческий учет допускает введение и использование форм временной оперативной отчетности, а также специально разработанных аналитических таблиц и матриц. Сложившееся на практике разделение учета порождает деление анализа на внешний и внутрихозяйственный анализ.

Говоря о новых тенденциях аналитической работы, прежде всего необходимо отметить вполне естественное повышение роли стоимостных категорий в здравоохранении, отражающихся в целом спектре показателей, характеризующих работу медицинского учреждения. Наряду с традиционными показателями, отражающими охват населения медицинской помощью (обеспеченность населения врачами и койками, количество посещений, проведенные койко-дни) решающее значение начинают играть финансовые показатели. Расширяется и сфера их использования. В дополнение к привычному анализу стоимости питания, медикаментов, мягкого инвентаря и т. п., приходящихся на единицу услуг, широкое развитие получили показатели полных затрат (себестоимости), эффективности использования фондов и др.

Все большее значение приобретает планирование и анализ показателей, характеризующих доходную часть. Так, совершенно новым для экономической работы является изучение финансового положения организаций здравоохранения в целом. При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, попытки планирования и анализа финансового положения больницы или поликлиники просто не имели смысла. В нынешней же ситуации данное направление выходит на передний план, поскольку от этого зависит выживание и развитие учреждения, причем для него важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов и, соответственно, размер упущенной выгоды.

Можно выделить две основные группы факторов, влияющих на финансовое состояние организации здравоохранения.

- Внешние факторы: система финансирования (оплаты оказанных медицинских услуг); уровень тарифов; вели-

чина подушевых нормативов; система налогообложения и т. п.

Организации здравоохранения имеют ограниченные возможности влиять на эти факторы, поэтому вынуждены приспособляться к ним.

- Внутренние факторы: структура организации здравоохранения; показатели работы учреждения и его подразделений; система стимулирования (система оплаты труда) и т. п.

Внутренние факторы определяются особенностями самого медицинского учреждения. В итоге медицинское учреждение строит свою работу с учетом как внешних, так и внутренних факторов. Поэтому необходимо различать:

- показатели работы подразделений медицинского учреждения как результат их собственного труда;
- показатели как результат, связанный с внешними факторами (цены и др.).

Необходимо различать такие понятия, как "финансовая деятельность" и "финансовое положение". Несмотря на то что эти термины используются как синонимы, они имеют и свое специфическое значение.

Термин "финансовая деятельность" характеризует финансовые результаты, эффективность деятельности медицинского учреждения за определенный период деятельности (месяц, квартал, год и т. п.) безотносительно к стартовому состоянию. Термин "финансовое положение" характеризует состояние финансов учреждения на определенный момент, конкретную дату. В финансовом положении отражается как состояние финансов на предыдущую дату, так и произошедшие за этот период изменения. Универсальным документом, отражающим как финансовое положение медицинского учреждения, так и результаты его финансовой деятельности, является бухгалтерский баланс. Данные баланса отражают финансовое положение учреждения, его платежеспособность и доходность.

Баланс дает возможность более глубоко изучить внутренние и внешние отношения организации здравоохранения, оценить ее способность своевременно и полностью рассчитываться по обязательствам.

Внешние пользователи баланса получают возможность оценить целесообразность приобретения имущества того или иного предприятия, избежать выдачи кредитов ненадежным клиентам, правильно построить отношения с имеющимися заказчиками, а также оценить финансовое положение потенциальных партнеров.

По данным баланса руководитель учреждения отчитывается перед учредителями и прочими структурами управления и контроля. Тщательный анализ баланса позволяет раскрыть причины недостатков в работе организации, выявить резервы и наметить пути улучшения ее деятельности.

Бухгалтерский баланс — это документ бухгалтерского учета, который в обобщенном денежном выражении дает представление о финансовом состоянии дел учреждения здравоохранения на определенную дату. По своему строению это двусторонняя таблица, где левая сторона (актив) отражает состав, размещение и использование средств, а правая (пассив) — отражает источники образования средств и их целевое назначение. В балансе должно присутствовать обязательное равенство актива и пассива.

Актив баланса — одна из двух частей бухгалтерского баланса, в которой отражаются внеоборотные и оборотные активы. В активе аккумулируются средства, вложенные организацией с целью получения экономической выгоды. Актив может быть изменен путем использования в сочетании с другими активами в процессе производства продукции (работ, услуг), предназначенной для продажи; обмена на другой актив; погашения кредиторской задолженности; распределения между собственниками организации; получения доходов. Актив показывает вероятное получение организацией экономической выгоды в будущем и ее стоимость.

Пассив — другая часть бухгалтерского баланса, в которой отражаются собственные и привлеченные средства. В пассиве аккумулируются источники финансирования организации, возникшие в результате выполнения ею своей основной деятельности. Пассив может быть изменен путем выплаты денежных средств; замены обязательств одного кредитора на обязательства другого; получения кредита; увеличения доходов в результате предпринимательской деятельности и инвестиций собственников.

Пассив показывает возможное погашение организацией в будущем требований ее собственников и кредиторов и стоимость этих требований.

3.2. Источники финансирования здравоохранения

Для того чтобы представить систему управления финансами в здравоохранении, необходимо понимать основные принципы финансирования отрасли и, прежде всего, порядок формирования ее доходов.

Финансирование здравоохранения Российской Федерации осуществляется из нескольких источников:

- средств бюджетов всех уровней;
- средств, направляемых на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- средств государственных внебюджетных целевых фондов;
- доходов организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;
- добровольных взносов и пожертвований граждан и юридических лиц;
- других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Эти источники имеют различную природу, свои законы формирования, а также направления и способы расходования финансовых средств.

3.2.1. Бюджетное финансирование

Бюджетное учреждение — организация, созданная органами государственной власти РФ, органами субъектов РФ, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических и иных функций некоммерческого характера, финансируемая из государственного бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов.

Особенностью большинства бюджетных организаций здравоохранения является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных целевых фондов (Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный и территориальные фонды ОМС).

Финансирование медицинских организаций, учреждений из государственного и местных бюджетов осуществляется в форме бюджетных ассигнований, безвозмездно выделяемых для финансового обеспечения их деятельности.

С переходом на принципы медицинского страхования и рыночные отношения бюджетные ресурсы перестали быть ведущим источником финансирования организаций здравоохранения, составляя, тем не менее, значительную часть общего объема ассигнований.

Однако, к сожалению, приходится констатировать, что средства, выделяемые в составе государственного бюджета на нужды здравоохранения, остаются крайне незначительными как в абсолютном, так и в относительном выражении. По состоянию на 2001—2002 гг. в России на нужды здравоохранения выделялось всего лишь 2,3 % ВВП страны, в то время как в странах Западной Европы общие расходы на здравоохранение измеряются в пределах 7—10 % ВВП, а в США составляют более 10 % ВВП государства.

Острая недостаточность финансовых средств в бюджетной системе государства накладывает существенный отпечаток на бюджетирование здравоохранения, т. е. на процедуру расчета объема бюджетного финансирования и принятие решений об утверждении бюджетных ассигнований на охрану здоровья.

Существует определенный порядок составления смет затрат организаций здравоохранения. Первоначально эти сметы составляются на уровне конкретной организации здравоохранения, затем разрабатываются сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составная часть проекта бюджета муниципального образования. Далее рассчитываются расходы на уровне субъекта РФ и федерального бюджета.

В основу построения индивидуальных смет расходов организации здравоохранения закладываются статистические и нормативные показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данной организации, в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Рассчитанный подобным образом запрос на бюджетные ассигнования в наступающем году обычно разделяется на планируемые расходы на скорую медицинскую, амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. В качестве базовых показателей планирования амбулаторно-поликлинической помощи принимаются средние, приходящиеся на одного жителя в год, число врачебных посещений в поликлинике, количество консультаций и помощи на дому. Базовыми показателями сметы расходов на оказание стационарной помощи служат количество коек, количество койко-дней; показателями сметы дневных стационаров являются количество коек и количество дней пребывания больных на койках дневного пребывания.

Исходя из базовых показателей, определяется величина фонда заработной платы медицинских работников и админи-

стративно-хозяйственного персонала с учетом начислений на заработную плату (социальных налогов, отчисляемых во внебюджетные фонды), составляющая основную часть расходов медицинских учреждений. В сметы входят также определяемые по нормативам следующие виды расходов:

- административно-хозяйственные и командировочные расходы;
- расходы на медикаменты, перевязочные средства и другие материалы;
- расходы на питание больных в стационарах;
- расходы на приобретение оборудования и мягкого инвентаря;
- затраты на капитальный ремонт зданий;
- оплата коммунальных услуг, электроэнергии;
- затраты на текущий ремонт и содержание помещений и др.

Естественно, что сметы затрат могут быть составлены весьма ориентировочно, так как невозможно предвидеть все виды расходов. Тем не менее, это не играет существенной роли, так как бюджетные возможности, обусловленные величиной доходов бюджета и расходов по другим статьям, обычно ниже реального запроса на финансовые ресурсы, рассчитанные на основе смет.

Отметим также, что выделение и распределение бюджетных финансовых ресурсов на здравоохранение должно увязываться с федеральными и региональными целевыми медико-социальными программами. Финансирование таких программ осуществляется по специально предусмотренным статьям бюджетных расходов.

Бюджетная классификация является *группировкой доходов и расходов бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, а также источников финансирования дефицитов этих бюджетов. Используется для составления и исполнения бюджетов и обеспечивает сопоставимость показателей бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации.* Существуют следующие виды бюджетной классификации: *министерская* — по министерствам и ведомствам; *предметная, или отраслевая*, — по хозяйственным признакам; *смешанная* — сочетание ведомственной и отраслевой; *целевая* — по экономическим и социальным программам.

Бюджетная классификация позволяет обеспечить адресное выделение ресурсов: кому, сколько и на какие цели предназначаются бюджетные ресурсы. Кроме того, бюджетная классификация обеспечивает возможность экономического анализа государственных расходов по таким направлениям, как оп-

лата труда государственных служащих, капитальные вложения в основные фонды, субсидии и текущие трансферты и т. д.

Бюджетная классификация обеспечивает сопоставимость показателей бюджетов всех уровней. Законодательные (представительные) органы государственной власти субъектов РФ и местного самоуправления при утверждении бюджетной классификации соответствующих бюджетов могут производить дальнейшую детализацию объектов бюджетной классификации, не нарушая общих принципов ее построения. Например, целевая статья 522 "Средства бюджетов субъектов РФ на реализацию региональных целевых программ" может быть детализирована законодательным (представительным) органом государственной власти на региональном уровне по каждой целевой программе:

статья 523 — "Здоровая мать — здоровый ребенок";

статья 524 — "Реанимация и интенсивная терапия" и т. д.

Это позволяет достигать "прозрачности" и приоритетности в расходовании финансовых средств.

В бюджетной классификации все расходы подразделяются на три большие группы: *текущие расходы, капитальные, предоставление кредита.*

Текущие расходы в свою очередь подразделяются на группы "Закупка товаров и оплата услуг" (код 110 000), "Выплата процентов" (120 000), "Субсидии и текущие трансферты" (130 000), "Оплата услуг по признанию прав собственности за рубежом" (140 000). Для целей финансового планирования в здравоохранении более всего значима группа 110 000, так как она включает в себя практически все виды расходов на текущее содержание организаций здравоохранения (медикаменты, продукты питания, горюче-смазочные материалы, коммунальные услуги, ремонт медицинской техники и др.).

Классификация видов расходов бюджетов указывает на направления расходования соответствующих денежных средств. Например, код 300 — больницы, клиники, госпитали, 301 — поликлиники, амбулатории, диагностические центры, ..., 310 — целевые расходы на финансирование медико-социальных программ, оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам РФ и т. д.

3.2.2. Внебюджетное финансирование

Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. С учетом исключительной значимости обязательного медицинского страхования и роли Федерального и территориальных фондов ОМС в финансировании

системы здравоохранения их деятельность будет рассмотрена в отдельной лекции.

Пенсионный фонд РФ — *кредитно-финансовое учреждение, главной задачей которого является сбор и аккумуляция взносов на пенсионное обеспечение граждан, финансирование расходов на выплату пенсий и пособий.*

В 2003 г. Правительством РФ было принято Постановление о дополнительном финансировании расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам. Согласно принятому Постановлению размер выделяемых в 2003 г. средств составит в расчете на каждого неработающего пенсионера около 525 руб. в год, что позволит увеличить финансирование их лечения более чем на 80 %. Адресная медицинская помощь будет оказываться неработающим (малоимущим) пенсионерам, не имеющим дополнительного источника дохода и являющимся получателями трудовых пенсий по старости в соответствии с федеральным законодательством. Таким образом, сделан серьезный шаг на пути реформы системы обязательного медицинского страхования.

Фонд социального страхования РФ — *специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, основными задачами которого являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих и др.*

Роль фонда социального страхования в финансировании мероприятий по охране здоровья населения за годы реформ неоднократно менялась с учетом экономической ситуации в стране, причем изменения, к сожалению, происходили в сторону сокращения перечня мероприятий, связанных с охраной здоровья населения, финансируемых из фонда.

В настоящее время за счет средств социального страхования оплачивается санаторно-курортное лечение участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медицинская реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, санаторно-курортное лечение детей.

В 1999 г. Министерством здравоохранения РФ и фондом социального страхования было принято решение о порядке направления на долечивание больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, операции по поводу аортокоронарного шунтирования и других заболеваний, в специализированные санатории (отделения) за счет средств государственного страхования.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в последние годы приобретает все большую значимость как дополнительный источник финансирования здравоохранения в рамках реализации для населения программ добровольного медицинского страхования. С учетом реальных перспектив развития, необходимости совершенствования организационно-правовых форм и финансового механизма ДМС мы также посчитали целесообразным посвятить этому отдельную лекцию.

Средства от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности: финансовые средства предприятий и населения за медицинские услуги, средства от продажи основных фондов организаций здравоохранения, гранты, спонсорская помощь, целевые и другие не запрещенные законодательством, источники.

3.3. Оплата труда работников здравоохранения

Принципиальную роль и особое место в регулировании труда и трудовых отношений занимают вопросы оплаты труда. Проблема оплаты труда — одна из самых трудноразрешимых в экономике любой отрасли. К тому же это не только экономическая, но и социальная проблема — постоянный источник социального напряжения в обществе.

Оплата труда — это главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. Другое дело, одна из самых вечных проблем экономики — в какой сумме компенсировать затраты труда работающего. Немаловажно и то, что заработная плата должна не только возмещать трудовые затраты работника, но и стимулировать его интерес к качественному производительному труду.

3.3.1. Формирование фонда оплаты труда организации здравоохранения

На заработную плату влияет не только способ установления ее величины, но и в не меньшей степени — общая сумма денежных средств организации здравоохранения, которыми оно располагает для оплаты труда своих работников.

Каждая организация здравоохранения ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует и уточняет фонд оплаты труда,

исходя из имеющихся в наличии и предвидимых денежных поступлений с учетом налоговых отчислений, которые приходится оплачивать из этого фонда.

Часть денежных поступлений организации здравоохранения, непосредственно используемая для выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками и нормами, именуется **"фондом заработной платы"**. Понятие "фонд заработной платы" несколько отличается от термина "фонд оплаты труда". Фонд заработной платы обычно представляет собой основную часть фонда оплаты труда, который может превышать фонд заработной платы на величину резервных средств: дополнительных к зарплате поощрительных выплат, отдельных платежей, непосредственно связанных с оплатой труда.

Фонд оплаты труда организации здравоохранения принято делить на следующие составляющие:

- оплата труда основного персонала;
- оплата труда персонала параклинических учреждений;
- оплата труда персонала вспомогательных подразделений;
- оплата труда административно-хозяйственного и управленческого персонала;
- оплата отпусков;
- материальное поощрение.

Как говорилось ранее, организация здравоохранения в рамках действующего законодательства может получать финансирование не менее чем из семи источников. Эти финансовые средства распределяются на две составляющие: первая — фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды, вторая — средства, направляемые на содержание и развитие организаций здравоохранения.

В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями организации здравоохранения, а в рамках подразделений — между сотрудниками с учетом тарифных разрядов и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

На начальном этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала, причем здесь возможны два подхода: первый — в соответствии со штатными нормативами, утвержденными приказами Министерства здравоохранения СССР и РФ (которые в настоящее время носят рекомендательный характер), второй — исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике часто встречается сочетание и того, и другого подходов.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персо-

нала устанавливаются в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы.

На основании штатного расписания составляются тарификационные списки должностей работников, которые являются основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать "Номенклатуре врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации", "Номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала", а также "Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием в учреждениях здравоохранения".

Наименование должностей заместителей руководителя (главного врача, директора, заведующего, начальника) дополняется наименованием раздела работы, руководство которым он осуществляет (например, "заместитель главного врача по медицинской части").

Наименование должности "врач" и должности "заведующий" (структурным подразделением) дополняется наименованием специальности, предусмотренной действующей номенклатурой врачебных специальностей, по которой работник имеет соответствующую подготовку и работа по которой вменяется в круг его обязанностей (например, "врач-терапевт", "заведующий отделением — врач-хирург").

Для работников из числа младшего медицинского персонала наименование должностей должно соответствовать наименованиям должностей, приведенным в приказе, определяющем порядок оплаты соответствующих должностей.

Наименование должностей специалистов и служащих должно соответствовать их наименованиям, приведенным в общеотраслевых характеристиках и номенклатуре должностей в приказах, регулирующих вопросы оплаты труда.

Наименования должностей рабочих должны соответствовать их наименованиям, приведенным в Едином тарифно-квалификационном справочнике и номенклатуре должностей в приказах, регулирующих вопросы оплаты труда.

Необходимо также строго придерживаться наименований структурных подразделений организации здравоохранения.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и

других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющим порядок оплаты соответствующих должностей.

Оплата труда других работников учреждений здравоохранения производится по условиям, установленным работникам в соответствующих бюджетных отраслях, и в соответствии с тарифно-квалификационными характеристиками по общеотраслевым должностям служащих и профессий рабочих, с учетом условий, предусмотренных для работников учреждений здравоохранения.

Формы оплаты труда. Тарифная ставка есть выраженный в денежной форме абсолютный размер оплаты труда различных категорий работников в единицу времени. Размеры тарифных ставок оплаты труда работников бюджетной сферы фиксируются в утверждаемой Правительством Российской Федерации Единой тарифной сетке, образующей основу тарифной системы оплаты труда (повременной системы, основанной на единых тарифах).

Тарифная сетка представляет собой совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных ставок (месячных окладов) и тарифных коэффициентов, представляющих отношение тарифной ставки данного разряда к ставке первого разряда.

Размеры тарифных коэффициентов тарифной сетки относительно устойчивы, тогда как тарифные ставки постоянно меняются. Обычно такое изменение происходит в сторону повышения ставок в целях индексации доходов, т. е. учета в доходах фактора инфляции, вызывающего снижение реальных доходов в связи с ростом цен на потребительские товары и услуги.

Основными формами оплаты труда являются:

- повременная:
 - простая повременная,
 - повременно-премиальная;
- сдельная:
 - прямая сдельная,
 - сдельно-премиальная,
 - сдельно-прогрессивная,
 - косвенно-сдельная;
- аккордная.

При *повременных формах* оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от количества выполненных работ. Повременная форма оплаты труда наиболее распространена в здравоохранении, ей принадлежит ведущее место в бюджетной сфере, финансируемой

из средств федерального, регионального и местных бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования.

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема (количества) выполненной работы, оказанных услуг за определенный период времени (чаще всего — за месяц).

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, измеренным в виде объема выполненной работы.

Однако в здравоохранении исключительно трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. К тому же, если выполненная работа носит групповой, коллективный характер, приходится либо выделять долю объема работ или услуг, выполненных каждым работником, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ).

При *сдельно-прогрессивной* оплате расценки повышаются в соответствии с перевыполнением норм выработки без снижения качества услуг.

Сдельно-премиальная система предусматривает увеличение расценок или всей суммы заработной платы за высокое качество работы, экономное расходование материалов и энергии, применение прогрессивных методов труда, бережное отношение к оборудованию, оказание дополнительных услуг. Но наряду с премиями может применяться механизм депремирования в виде штрафов за нарушение правил, низкое качество работы, нанесение материального ущерба.

Центральная проблема применения сдельной формы оплаты труда состоит в определении расценок на единичные работы, услуги.

Применяя сдельную систему оплаты к вспомогательному медицинскому персоналу, обслуживающему основной процесс, осуществляемый врачами, приходится использовать так называемую *косвенно-сдельную* оплату вспомогательного персонала, чтобы стимулировать труд медицинских сестер и других работников. В такой системе вознаграждение вспомогательного персонала ставится в зависимость от объема медицинских услуг, оказываемых врачами, которых обслуживает вспомогательный персонал.

Аккордная система основана на повышении расценок или общей величины заработной платы, если работы, услуги выполняются ускоренным образом в неурочное время или в со-

кращенные в сравнении с нормативными сроки. При применении аккордной системы заработная плата устанавливается обычно не за выполнение отдельных манипуляций или услуг, а за выполнение всей работы в целом и не обязательно приурочивается к месячным выплатам.

Анализ систем оплаты труда медицинских работников в России свидетельствует, что по мере вхождения страны в рыночные отношения целесообразно переходить к смешанной форме оплаты труда, сочетающей признаки и свойства повременной и сдельной системы. Одновременно необходимо модернизировать повременную систему в направлении достижения большей вариантности тарифной части оплаты и дополнения тарифной части весомой нетарифной составляющей, отражающей текущую результативность работы.

3.4. Бухгалтерский учет и баланс организации здравоохранения

Бухгалтерский учет представляет собой упорядоченную систему сбора, регистрации и обобщения информации в денежном выражении об имуществе, обязательствах организаций и их движении путем сплошного, непрерывного и документального учета всех хозяйственных операций.

Объектами бухгалтерского учета являются имущество организаций, их обязательства и хозяйственные операции, осуществляемые организациями в процессе их деятельности.

Основными задачами бухгалтерского учета являются:

- формирование полной и достоверной информации о деятельности организации и ее имущественном положении;
- обеспечение контролирующих органов информацией об осуществлении организацией здравоохранения хозяйственных операций, их целесообразности, использовании финансовых, материальных и иных ресурсов в соответствии с утвержденными нормами, нормативами и сметами;
- предотвращение отрицательных результатов хозяйственной деятельности организации и выявление внутрихозяйственных резервов обеспечения ее финансовой устойчивости.

Бухгалтерский учет в бюджетных организациях имеет специфические особенности, обусловленные законодательством о бюджетном устройстве и бюджетном процессе. К этим особенностям следует отнести:

- организацию учета в разрезе статей бюджетной классификации;
- контроль исполнения сметы расходов;
- выделение в учете кассовых и фактических расходов;
- точное исполнение утвержденного бюджета;
- соблюдение финансово-бюджетной дисциплины;
- мобилизация средств в бюджет и выявление дополнительных доходов.

Основные правила (принципы) бухгалтерского учета в учреждениях здравоохранения соответствуют правилам, установленным Законом "О бухгалтерском учете" и Положением по ведению бухгалтерского учета и бухгалтерской отчетности в Российской Федерации.

Эти правила предусматривают обязательность двойной записи хозяйственных операций на счетах **рабочего плана счетов**, составляемого на основе плана счетов; осуществление учета объектов учета на территории Российской Федерации в рублях и на русском языке; обязательность документирования хозяйственных операций. Принципиальным положением является и то, что в бухгалтерском учете текущие затраты на выполнение работ и оказание услуг осуществляются отдельно от затрат, связанных с капитальными и финансовыми вложениями.

Для систематизации и накопления информации, содержащейся в учетных документах, используются учетные регистры, формы которых разрабатываются Министерством финансов Российской Федерации, органами, которым предоставлено право регулирования бухгалтерского учета, федеральными органами исполнительной власти или самой организацией при соблюдении ими общих методических принципов бухгалтерского учета. Содержание регистров бухгалтерского учета и внутренней бухгалтерской отчетности является коммерческой тайной.

Непременным условием является систематическое проведение инвентаризации имущества и обязательств.

Как уже подчеркивалось, одним из основополагающих правил бухгалтерского учета является обязательное документирование хозяйственных операций. Это осуществляется ведением бухгалтерских документов.

Синтетический учет — это *учет обобщенных данных бухгалтерского учета о видах имущества, обязательств и хозяйственных операций по определенным экономическим признакам, который ведется на синтетических счетах бухгалтерского учета.*

Аналитический учет — это *учет, который ведется в лицевых, материальных и иных аналитических счетах бухгалтерского учета.*

та, группирующих детальную информацию об имуществе, обязательствах и о хозяйственных операциях внутри каждого синтетического счета.

Планом счетов называют *систематизированный по установленным принципам перечень синтетических счетов бухгалтерского учета*. Запись операции на счетах означает отражение ее содержания в бухгалтерских книгах, карточках или свободных листах, являющихся учетными регистрами.

Регистры бухгалтерского учета предназначены для систематизации и накопления информации, содержащейся в принятых к учету первичных учетных документах, для отражения на счетах бухгалтерского учета и в бухгалтерской отчетности. Регистры бухгалтерского учета могут вестись в специальных книгах (журналах) или с использованием вычислительной техники.

Бухгалтерским документом называется *письменное свидетельство, которое подтверждает факт совершения хозяйственных операций, право на их совершение или устанавливает материальную ответственность работников за доверенные им ценности*.

Бухгалтерскими документами оформляются любые хозяйственные операции в той последовательности, в какой они совершаются.

Форма документа определяется совокупностью показателей (реквизитов) и их расположением в документах. Наименование показателей и их количество в документах зависят в основном от содержания отражаемой хозяйственной операции.

Первичные документы должны быть составлены в момент совершения операции, а если это не представляется возможным — непосредственно по окончании операции.

Своевременное и достоверное создание первичных документов, передача их в установленном порядке и в установленные сроки для отражения в бухгалтерском учете производятся в соответствии с утвержденным в организации графиком документооборота.

Порядок составления и обработки документов. Документы составляют на бланках установленной формы с заполнением всех реквизитов.

Проверенные и принятые бухгалтерией документы подвергаются бухгалтерской обработке, которая включает в себя **расценку, группировку и разметку (контировку)**.

Под **расценкой**, или **таксировкой**, документов понимают денежную оценку указанных в документе материальных ценностей.

Группировка — это подбор однородных документов для составления сводных отчетов.

Разметка, или контировка, заключается в определении и записи корреспондирующих счетов по каждой хозяйственной операции, отраженной в документах.

План организации бухгалтерского учета. Для обеспечения рациональной организации бухгалтерского учета большое значение имеет разработка плана его организации, который состоит из следующих элементов:

- план документации и документооборота;
- план инвентаризации;
- план счетов и их корреспонденции;
- план отчетности;
- план технического оформления учета;
- план организации труда работников бухгалтерии.

Учетная политика организации здравоохранения — это выбор организацией вариантов учета и оценки объектов учета, по которым разрешена вариантность, а также формы, техники ведения и организации бухгалтерского учета исходя из установленных допущений, требований и особенностей своей деятельности (организационных, технологических, а также численности и квалификации учетных кадров, уровня технического оснащения учетных работников и др.).

При формировании учетной политики организации по конкретному направлению ведения и организации бухгалтерского учета осуществляется выбор одного способа из нескольких, допускаемых законодательством и нормативными актами по бухгалтерскому учету. Если по конкретному вопросу в нормативных документах не установлены способы ведения бухгалтерского учета, то при формировании учетной политики осуществляется разработка организацией соответствующего способа, исходя из положений по бухгалтерскому учету.

Положением по учетной политике установлены следующие допущения: имущественной обособленности организации, непрерывности ее деятельности, последовательности применения учетной политики и временной определенности фактов хозяйственной деятельности.

3.5. Система национальных счетов здравоохранения

Устойчивое функционирование системы здравоохранения в условиях рыночной экономики во многом зависит от создания механизма определения реальной потребности и оценки эффективности использования необходимых для этого финансовых ресурсов.

Одним из наиболее эффективных и признанных во многих

странах мира механизмов оценки использования финансовых ресурсов является система национальных счетов. Национальные счета здравоохранения (НСЗ) позволяют характеризовать реальный сектор здравоохранения в экономике государства.

Счета здравоохранения отражают данные бухгалтерского учета расходов на здравоохранение, обеспечивают классификацию общих расходов по источникам финансирования, поставщикам и видам услуг здравоохранения.

Разработка набора стандартных аналитических таблиц — матриц, сопоставимых на международном уровне, — основная задача создания системы национальных счетов здравоохранения.

Система счетов здравоохранения обеспечивает проведение полного и адекватного анализа формирования и использования финансовых средств на нужды охраны здоровья населения на всех уровнях — от федерального и территориального до уровня каждого гражданина страны, позволяет оперативно реагировать на все основные запросы системы здравоохранения.

Информация, формируемая и анализируемая в системе счетов здравоохранения, позволяет не только оценить экономические результаты функционирования системы здравоохранения, но и определить перспективные направления политики развития отрасли. Результаты аналитической обработки этой информации необходимы для принятия научно обоснованных управленческих решений на всех уровнях организации медицинской помощи по каждому ее виду. Однако для реализации основных элементов формирования национальных счетов необходимо наличие мощной статистической базы, характеризующей не только финансовые ресурсы, но и экономические законы, управляющие этими ресурсами.

Разработка системы НСЗ осуществляется в России с 1997 г. в рамках проекта Всемирного банка "Национальные счета здравоохранения России", в котором принимали участие и специалисты здравоохранения Новгородской области.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ III

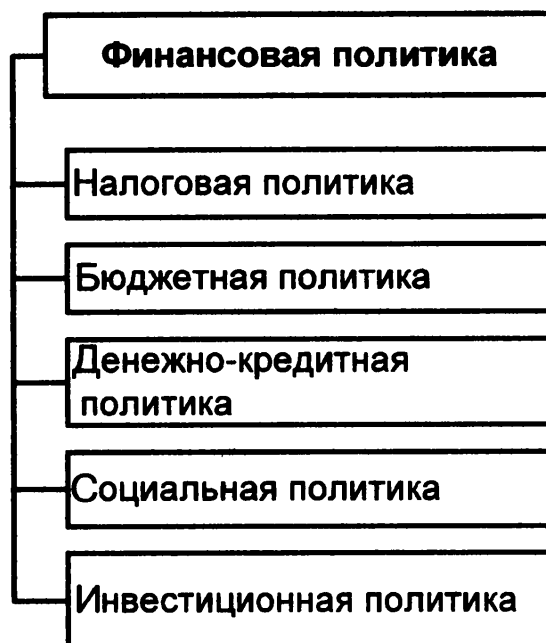


Рис. 3.1. Основные компоненты финансовой политики



Рис. 3.2. Приоритеты финансовой политики РФ



Рис. 3.3. Источники финансирования здравоохранения



Рис. 3.4. Формы финансового контроля в здравоохранении

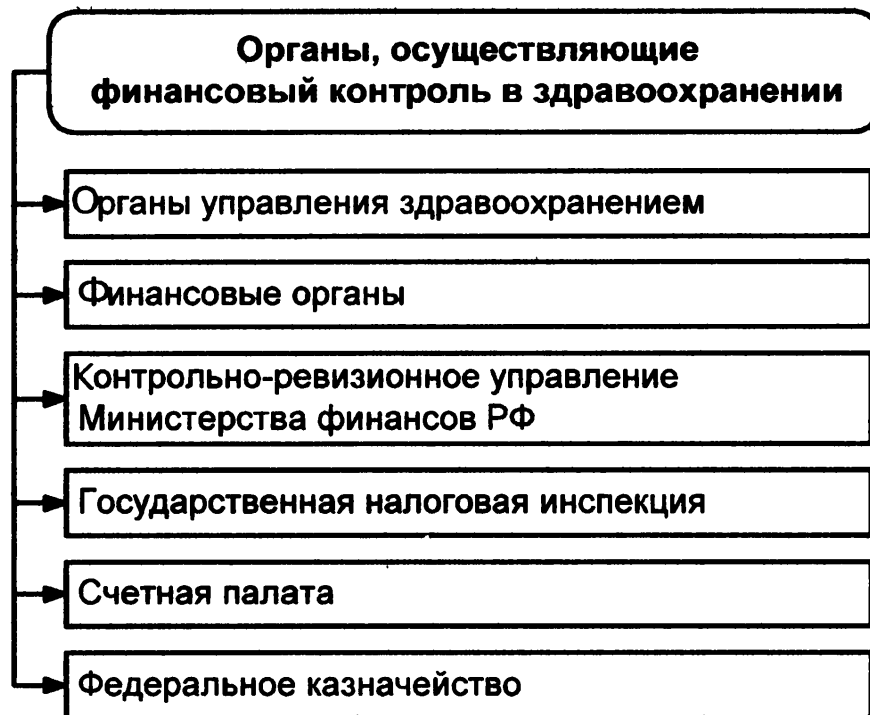


Рис. 3.5. Система финансового контроля в здравоохранении

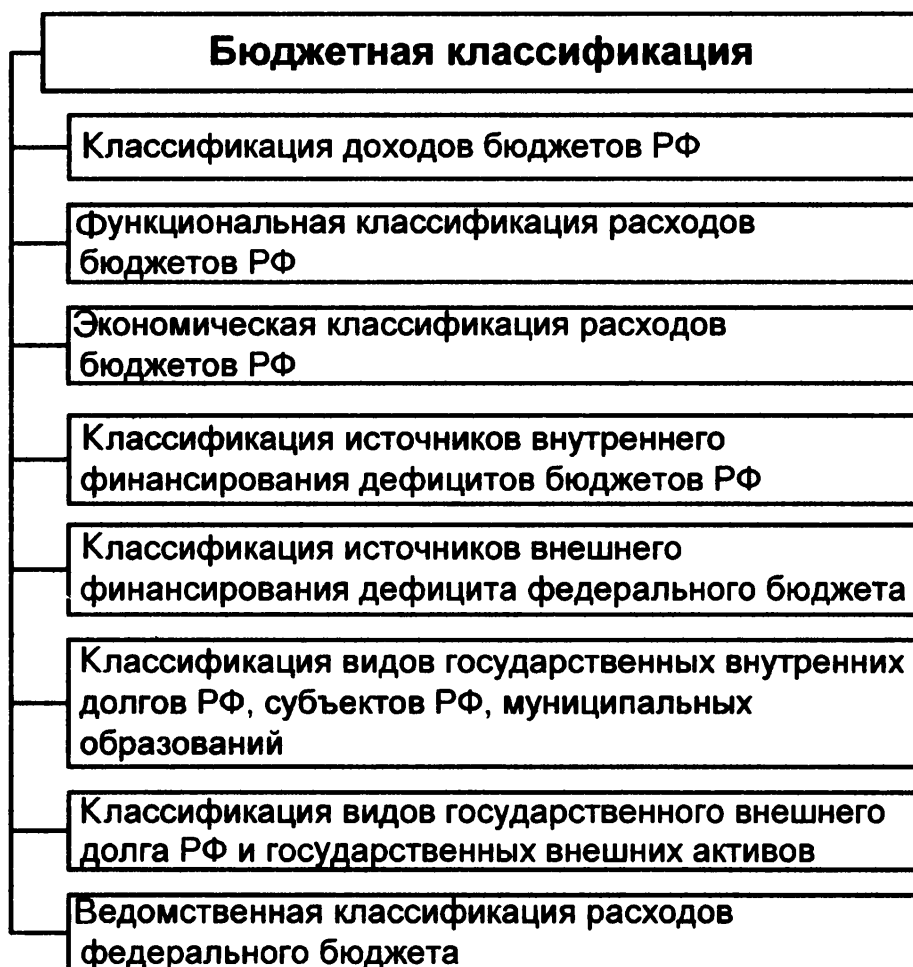


Рис. 3.6. Объекты бюджетной классификации



Рис. 3.7. Основные формы оплаты труда в здравоохранении

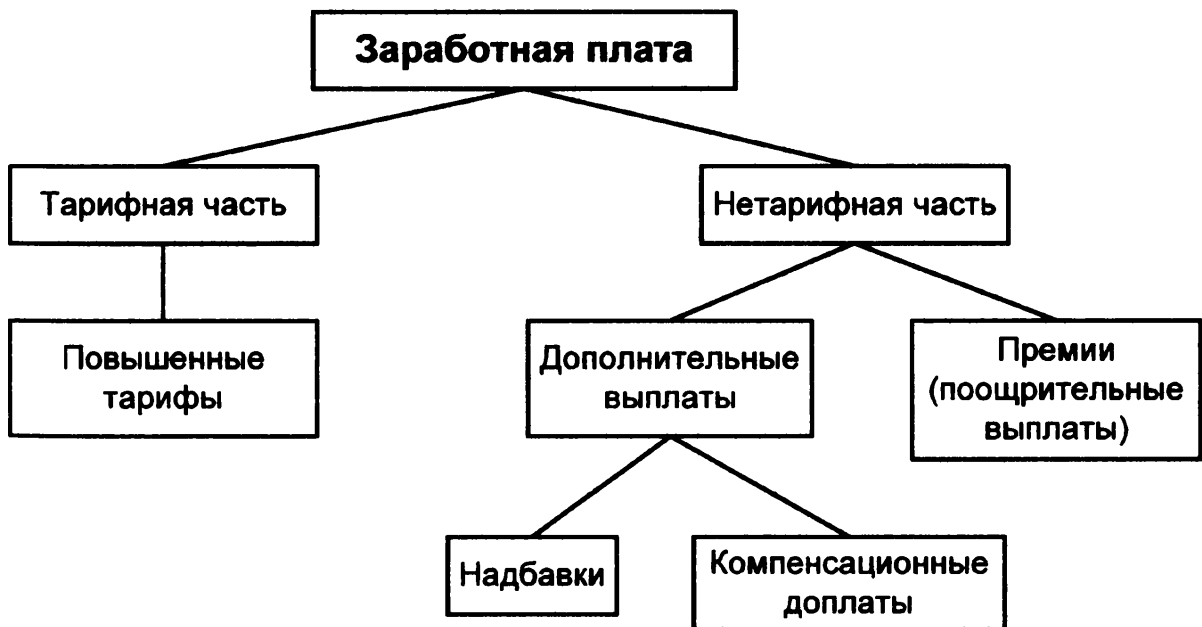


Рис. 3.8. Комбинированная схема формирования заработной платы работников здравоохранения



Рис. 3.9. Схема формирования и распределения средств оплаты труда медицинского учреждения

Лекция IV. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

4.1. Общие положения

В рыночной экономике страхование рассматривается как система правовых и экономических отношений, которая включает образование за счет средств бюджетов, предприятий, организаций, личных средств населения специальных финансовых фондов и использование их для возмещения ущерба от стихийных бедствий, других неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам помощи при достижении ими определенного возраста, случаев болезни, временной или стойкой утраты трудоспособности, смерти и др.

Особенность страхования как вида предпринимательской деятельности заключается в том, что ей присущ известный предпринимательский риск, обусловленный обязанностью страховщика компенсировать оговоренный заранее по причинам возникновения и размеру ущерб. Страхование осуществляется в тех случаях, когда вероятность наступления рисков может быть оценена и существуют определенные финансовые гарантии со стороны страховщика о компенсации ущерба.

Таким образом, **страхование** представляет собой *отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).*

Можно предложить следующую классификацию основных видов страхования:

- *по объекту страхования:* личное, имущественное, страхование ответственности;
- *по форме проведения:* обязательное, добровольное;
- *по способу образования и использования страховых резервов:* рисковое, накопительное;
- *по количеству застрахованных (в одном договоре):* индивидуальное, коллективное.

Основной функцией страхования в условиях рыночной экономики является возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в

результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами).

Остановимся на проблемах социального страхования и, в первую очередь, обязательного и добровольного медицинского страхования.

Под социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. **Социальное страхование** — это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка.

Хотя системы социального и обязательного медицинского страхования в России функционируют самостоятельно, независимо друг от друга, в Законе Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" записано: "Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования..." Кроме того, Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной в 1997 г. Правительством РФ, предусмотрено в дальнейшем объединение финансовых средств социального и обязательного медицинского страхования и создание единой системы медико-социального страхования.

Под медицинским страхованием на современном этапе следует понимать систему экономических и правовых отношений в обществе по защите имущественных интересов пациента при оказании ему медицинской помощи.

Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, является Закон "О медицинском страховании граждан в РСФСР", который был принят в 1991 г. Позднее законодатель внес в него ряд существенных изменений, и с этого момента правовой основой развития медицинского страхования в нашем государстве стал Закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".

Согласно Закону, **медицинское страхование** является *формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого — гарантировать гражданам при возникновении*

страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования в РФ. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности органов государственной власти, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в условиях рыночной экономики и обеспечивает конституционное право граждан Российской Федерации на гарантированную (бесплатную) медицинскую помощь.

В широком смысле, медицинское страхование — это новая форма экономических отношений в сфере здравоохранения, обеспечивающая восстановление здоровья населения в условиях рыночной экономики.

В нашей стране медицинское страхование осуществляется в двух видах: **обязательном** и **добровольном**. Рассмотрим организационно-правовую и финансовую основу каждого из этих видов в отдельности.

4.2. Обязательное медицинское страхование

4.2.1. Проблемы введения обязательного медицинского страхования в России

Прошло более 10 лет со дня принятия Закона РФ "О медицинском страховании граждан Российской Федерации". Что произошло за эти годы в системе здравоохранения, в доступности и качестве оказываемой населению медицинской помощи? Как изменилось отношение власти и самого населения к проблемам охраны здоровья населения? Каковы перспективы дальнейшего развития обязательного медицинского страхования граждан? На эти и другие вопросы мы постараемся дать ответы в этой лекции.

Наивно было бы ожидать, что само по себе принятие Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" могло сразу изменить положение в одной из самых сложных и проблемных сфер общества — здравоохранении.

Нельзя сбрасывать со счетов и то, что внедрение обязательного медицинского страхования в России осуществлялось в сложнейшей политической и социально-экономической обстановке. Изначально поставленные разработчиками Закона

задачи и механизмы их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве, экономике, финансах. Поэтому медицинские работники, население в первые годы реализации Закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи населению. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили практически достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора — перехода на принципы медицинского страхования.

На то было много причин. Основная — резкое сокращение финансирования здравоохранения из бюджета. Другая — неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них Законом функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. В первую очередь это было связано с выраженным дефицитом финансирования (страховые организации не могли приращивать финансовые средства путем размещения свободных финансовых ресурсов на банковских депозитах и в ценных бумагах), а также несовершенством действующего законодательства. Поэтому законодатель в последующем ввел в правовое поле обязательного медицинского страхования (ОМС) новые субъекты страхования — Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Однако создание фондов ОМС и передача им, параллельно со страховыми компаниями, функций страховщиков породили немало новых проблем. Неоднозначной осталась судьба медицинских страховых организаций, которые не смогли доказать своей исключительной роли в становлении медицинского страхования, уступив приоритет финансово более стабильным и управляемым структурам — территориальным фондам ОМС.

К тяжелым финансовым последствиям для системы здравоохранения привело сохранение на исходно низком уровне (не соответствующем поставленной задаче улучшения финансирования здравоохранения) тарифа страхового взноса в размере 3,6 %. Правительством и Государственной Думой не было принято решение (оно не принято и на сегодняшний день) об увеличении тарифа страхового взноса, чтобы в минимально необходимом объеме обеспечить финансирование медицинской помощи застрахованным в рамках базовой и территориальных программ ОМС.

Ситуация усугублялась и тем, что планируемый объем финансирования в системе ОМС уменьшался за счет хронического недопоступления из местных бюджетов платежей на неработающее население и за счет прямых изъятий органами

исполнительной власти финансовых средств территориальных фондов ОМС на цели, не связанные с охраной здоровья населения. Утяжеляющим ситуацию фактором было и то, что финансовые органы с момента появления "дополнительных" из фондов ОМС средств на финансирование здравоохранения пропорционально им уменьшали бюджетную долю расходов на здравоохранение, сводя тем самым на нет идею привлечения дополнительных финансовых средств за счет многоканальности их поступления.

Ситуация обострилась еще рядом неожиданно возникших обстоятельств. Появление дополнительных финансовых ресурсов и перенос акцентов финансирования с бюджета на фонды ОМС неизбежно поставили вопрос о разграничении полномочий в управлении системой здравоохранения.

В связи с тем что вопрос не нашел достаточной правовой проработки в Законе, это привело к смещению функций управления с органов управления здравоохранением к территориальным фондам ОМС, что в свою очередь стало причиной возникновения конфликтных ситуаций.

Определенное отношение вызывала предусмотренная Законом норма, позволяющая фондам ОМС наращивать финансовые ресурсы, размещая их в ценных бумагах и банковских депозитах. По тем временам эта законодательная норма была сама по себе настолько революционной, что в условиях жесточайшего финансового дефицита, естественно, не могла не вызвать у медицинской общественности негативную реакцию.

Внедрение обязательного медицинского страхования проходило в условиях обострения экономического кризиса в стране, задержек в выплате заработной платы, снижения уровня жизни населения. На этом фоне формирование новых организационных структур (фондов, страховых медицинских организаций), которые располагали для своего развития иными, чем организации здравоохранения, финансовыми средствами, породило в среде работников здравоохранения чувство социальной несправедливости и, как следствие этого, неприятие самой системы ОМС.

Наконец, необходимо понять и то, что получил гражданин, во имя и собственно для которого создавалась система ОМС. Если бы на первом этапе одной из оценок внедрения системы обязательного медицинского страхования был ответ пациента: "В организации и качестве медицинской помощи для меня ничего не изменилось", — это было бы хорошей оценкой результатов введения ОМС, поскольку свидетельствовало бы о высоком уровне социальной защиты граждан, стабильно функционирующей системе здравоохранения в период поли-

тических и экономических реформ. На самом деле этого не произошло. Но и срок, по-видимому, оказался не столь большим, чтобы получить позитивные результаты.

Внедрение системы ОМС, по существу, задумывалось как эффективная форма социальной защиты граждан в грядущих рыночных реформах, которые неизбежно должны были привести к снижению бюджетного финансирования здравоохранения. Последнее и произошло на самом деле. Обязательное медицинское страхование должно было защитить граждан, которые привыкли к советской государственной системе здравоохранения, от случайностей рынка и сохранить им гарантии бесплатной медицинской помощи, а в перспективе — создать эффективную систему управления качеством медицинской помощи, повысить правовую ответственность медицинских работников за профессиональную деятельность, обеспечить права пациента на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, на свободу выбора врача и медицинского учреждения. К сожалению, не все, что было задумано, удалось.

Еще одной весьма существенной проблемой внедрения системы ОМС оказались чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью в объеме Программы.

Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами в системе ОМС и их реальным финансовым обеспечением оказалось и оказывается по сегодняшний день серьезным тормозом на пути развития ОМС. При этом реально существуют два пути решения проблемы устранения этого дисбаланса: первый — пересмотреть обязательства государства в сторону их уменьшения, второй — добиться перераспределения общественных ресурсов в пользу здравоохранения. Ни один из них до сих пор не принят.

Конечно, было много других привходящих отрицательных моментов: рост цен на медикаменты, изделия медицинского назначения, продукты лечебного питания, медицинские услуги, что, безусловно, тяжким бременем легло на пациентов и систему здравоохранения в целом. Неуправляемым стал процесс оказания платных медицинских услуг с формированием теневого сектора в здравоохранении. Все меньше средств государство стало выделять на общеоздоровительные мероприятия, профилактику, санаторно-курортное лечение, что в итоге негативно влияло на состояние здоровья нации.

Эти и другие проблемы, безусловно, не способствовали популяризации обязательного медицинского страхования, замедляли совершенствование и развитие его правовых, организационных и финансовых механизмов.

4.2.2. Организация обязательного медицинского страхования на современном этапе развития здравоохранения

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования, поэтому принципы, на которых строится организационно-правовая и финансовая основа ОМС, носят ярко выраженный социальный характер.

Основными принципами медицинского страхования являются:

- *всеобщий и обязательный характер*: все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
- *государственный характер обязательного медицинского страхования*: средства ОМС находятся в государственной собственности. Для реализации государственной финансовой политики созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации;
- *общественная солидарность и социальная справедливость*: страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип "здоровый платит за больного"); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип "богатый платит за бедного"); несмотря на то что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип "молодой платит за старого").

Эти принципы нашли в той или иной мере свое воплощение в обязанностях, правах и ответственности субъектов медицинского страхования.

В системе ОМС **объектом страхования** является *страховой риск*, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом страховый риск — это предполагаемое событие, а страховой случай — совершившееся событие, предусмотренное договором страхования. В обязательном медицинском страховании страховыми случаями являются заболевания, травмы, беременность, роды, проблемы, связанные со здоровьем.

В качестве **субъектов обязательного медицинского страхования** выступают: *гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение, фонды обязательного медицинского страхования.*

Граждане Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеют право на:

- выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;
- получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это в договоре ОМС или нет;

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе обязательного медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: *для неработающего населения — органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления; для работающего населения — предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, а также лица свободных профессий (лица творческих профессий, не объединенных в творческие союзы).*

В соответствии с Законом страхователь имеет право на:

- свободный выбор страховой организации;
- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
- привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Наряду с правами у страхователя есть следующие обязанности:

- заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном законодательством и договором обязательного медицинского страхования;

- принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья работающих, подлежащих страхованию.

За отказ предприятия-страхователя от регистрации в качестве плательщика страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение сроков их уплаты к ним могут применяться финансовые санкции в виде соответствующих штрафов и(или) пени. При этом уплата штрафа и(или) пени не освобождает страхователя от продолжения обязательств по медицинскому страхованию своих работников.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, который должен иметь силу на всей территории Российской Федерации. К сожалению, до сегодняшнего дня нет страховых полисов единого установленного образца, что нередко порождает проблемы в оказании бесплатной медицинской помощи иногородним гражданам. Выходом в этой ситуации является заключение договоров между территориальными фондами ОМС о возмещении затрат на лечение иногородних больных.

Важнейшие функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС.

В обязательном медицинском страховании граждан могут участвовать страховые медицинские организации с любой формой собственности, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается Министерством финансов РФ (Департаментом по надзору за страховой деятельностью). Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских компаний.

В системе обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и(или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического и(или) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация не только наделена правами, но и имеет широкий круг обязанностей:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

Основной задачей страховой медицинской организации является осуществление обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Страховые медицинские организации осуществляют контроль объема и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению и(или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Территориальные фонды ОМС осуществляют финансирование страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам. Страховые медицинские организации используют полученные от фонда по дифференцированным подушевым нормативам средства на оплату медицинских услуг, формирование резервов, на оплату расходов по ведению дела по обязательному медицинскому страхованию.

В условиях, когда обеспечение государственных гарантий гражданам возложено на органы управления здравоохранением субъектов РФ и территориальные фонды ОМС, а страховые медицинские организации несут ответственность лишь в пределах полученных средств, финансовые отношения между страховыми медицинскими организациями и территориаль-

ным фондом ОМС регулируются договором о финансировании обязательного медицинского страхования и территориальными правилами ОМС, утвержденными администрацией субъекта Российской Федерации. В договоре о финансировании обязательного медицинского страхования территориальный фонд ОМС устанавливает нормативы, а также порядок формирования и использования страховыми медицинскими организациями финансовых резервов и фондов.

Страховая медицинская организация для обеспечения выполнения принятых обязательств по оплате медицинских услуг застрахованным образует из полученных от фонда средств следующие резервы:

- резерв оплаты медицинских услуг;
- запасной резерв;
- резерв финансирования предупредительных мероприятий.

Формирование резервов производится страховой медицинской организацией при наличии свободных средств после оплаты счетов за оказанную застрахованным медицинскую помощь и выплаты лечебно-профилактическим учреждениям аванса заработной платы на предстоящий период.

Резервы, образуемые страховой медицинской организацией, не подлежат изъятию в соответствующие бюджеты.

Резерв оплаты медицинских услуг — это *финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для предстоящей оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования (при избытке текущих поступлений, предназначенных на эти цели) в течение срока действия договоров страхования.* Средства резерва оплаты медицинских услуг используются только на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

Запасной резерв — это *финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией при наличии свободных средств после оплаты представленных медицинским учреждением счетов и для покрытия превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами резерва оплаты медицинских услуг.*

Средства запасного резерва могут использоваться только на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в случае недостатка средств в резерве оплаты медицинских услуг.

Сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного запаса средств, направляемых на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Резерв финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию — это целевой специализированный резерв средств, формируемый страховой медицинской организацией для финансирования профилактических мероприятий, снижению заболеваемости населения, повышению качества и доступности медицинской помощи и других мероприятий, способствующих снижению затрат на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Сумма средств в резерве финансирования предупредительных мероприятий не должна превышать двухнедельного запаса средств, направляемых на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования. С начала 2002 г. этот резерв в соответствии с рекомендациями Федерального фонда ОМС не формируется.

Важную роль по защите интересов граждан при получении медицинской помощи выполняют эксперты страховых медицинских организаций, которые осуществляют контроль объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая. Подробно методика проведения ведомственной и вневедомственной экспертизы объема и качества медицинской помощи будет изложена в соответствующей лекции.

Медицинскую помощь в системе ОМС могут оказывать организации здравоохранения с любой формой собственности, лицензированные и аккредитованные в установленном порядке.

Для обеспечения населения медицинской помощью, виды и объем которой должны соответствовать базовой и территориальным программам ОМС, Законом предусмотрено обязательное проведение аккредитации и лицензирования всех медицинских учреждений.

Аккредитация медицинских учреждений — определение их ответственности установленным профессиональным стандартам.

Лицензирование — это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Согласно Закону аккредитацию медицинских организаций должны проводить специально созданные аккредитационные комиссии. Аккредитованной в установленном законодательством порядке организации здравоохранения должен выдаваться сертификат — документ, подтверждающий качество медицинских услуг и соответствие их установленным стандартам. Од-

нако в связи с тем, что многие функции лицензионных и аккредитационных комиссий совпали, а аккредитация по сути явилась этапом, предшествующим процедуре лицензирования, — в большинстве субъектов РФ стали создаваться совместные (единые) лицензионно-аккредитационные комиссии. Дальнейшая практическая деятельность показала правильность такого шага.

Лицензирование медицинских учреждений проводят комиссии по лицензированию медицинской деятельности, которые создаются при органах управления здравоохранением субъекта РФ из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, общественных организаций. Процедура лицензирования предусматривает предварительную экспертизу материально-технической базы организации здравоохранения, уровень квалификации персонала, санитарно-технического состояния, противопожарной безопасности и др. Кроме того, экспертизе подвергается основная деятельность медицинского учреждения, его финансовое состояние и т. д. На основе представленных документов и заключений экспертов лицензионная комиссия принимает решение о выдаче (или отказе в выдаче) лицензии по заявленным видам деятельности. В случае положительного решения лицензия выдается сроком не более чем на 5 лет. Таким образом, в условиях децентрализации управления муниципальными медицинскими учреждениями со стороны государственных органов управления здравоохранением был создан достаточно эффективно действующий механизм лицензирования. Этот механизм позволил решать вопросы оптимизации структуры медицинской помощи и повышения уровня технической оснащенности медицинских учреждений, приводя, таким образом, объемы и условия оказания медицинской помощи застрахованному населению в соответствии с программами ОМС.

В последние годы стало практикой допускать организации здравоохранения частных форм собственности к участию в реализации территориальных программ ОМС на конкурсной основе. Это способствует созданию конкурентной среды и является фактором повышения качества и снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным.

Медицинские учреждения финансируются страховыми медицинскими организациями на основании предъявляемых счетов.

Оплата счетов осуществляется по тарифам или финансовым нормативам, выполняющим функции тарифов. Наиболее распространенным способом финансирования в настоящее

время стало финансирование по подушевому нормативу, который рассчитывается с учетом половозрастной структуры застрахованного населения, проживающего в определенной административной территории субъекта РФ (город, район).

Одной из главных задач обязательного медицинского страхования является обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы ОМС с учетом ограниченных финансовых ресурсов.

Возможность решения этой задачи во многом определяется выбором таких способов оплаты медицинской помощи, которые адекватно отражали бы структуру финансовых затрат на возмещение стоимости медицинских услуг застрахованным. Перечислим основные формы оплаты медицинской помощи в системе ОМС:

- оплата по смете расходов;
- оплата по количеству проведенных койко-дней;
- оплата по клинико-статистическим группам;
- оплата по количеству пролеченных больных (законченному случаю медицинской помощи);
- оплата по подушевому нормативу.

Как правило, при оплате медицинских услуг в субъектах РФ используются различные сочетания форм оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Наиболее распространенными являются следующие четыре варианта оплаты медицинских услуг в системе ОМС:

Первый: амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается по посещениям, законченным случаям или за отдельные услуги, а стационарная — по законченному случаю за пролеченного больного.

Второй: стационарная помощь оплачивается по количеству фактически проведенных пациентами койко-дней, а амбулаторно-поликлиническая помощь — по реестрам за законченные случаи, посещения или отдельные услуги.

Третий: стационарная помощь оплачивается по законченному случаю, а амбулаторно-поликлиническая — по подушевому нормативу.

Четвертый: предусматривает оплату стационарной помощи по законченному случаю, а амбулаторно-поликлинической — по смете расходов.

Примечательно и то, что только половина субъектов РФ имеет единую для всех организаций здравоохранения форму оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. На территории остальных субъектов РФ в организациях здравоохранения используются различные формы оп-

латы медицинских услуг, что, безусловно, затрудняет эффективность использования финансовых ресурсов и контроля за ними.

При всем многообразии вариантов, на наш взгляд, предпочтительной может быть следующая система оплаты медицинских услуг:

- амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается на основе подушевого норматива за комплексную амбулаторную услугу (с включением в подушевой норматив затрат на весь объем внебольничной помощи);
- стационарная помощь оплачивается за согласованный плановый объем (по методу "глобального бюджета").

К субъектам медицинского страхования в системе ОМС также относятся **Федеральный и территориальные фонды ОМС** — *самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.*

В основе положений о фондах лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от нецелевого использования. Создание фондов ОМС позволяет обеспечить необходимые финансовые условия для сохранения гарантированной (бесплатной) медицинской помощи гражданам. В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в народно-хозяйственном комплексе страны и отдельных ее регионах, и при необходимости в отдельных случаях используют средства бюджета здравоохранения на другие социальные нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируя целевое их использование. При этом Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России и дотирует территориальные фонды ОМС при недостатке у них средств, вызванном объективными причинами (тяжелое состояние экономики региона, большая доля лиц старших возрастов, особенности структуры и уровня заболеваемости и др.).

Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и Правительством РФ. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ.

По своему организационно-правовому статусу фонды ОМС являются юридическими лицами и их средства отделены от средств государственного бюджета. В основе управления фондами лежат принципы управления публично-правового учреждения, т. е. руководство фондами осуществляется правлени-

ем и его постоянно действующим исполнительным органом — исполнительной дирекцией.

Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на ее проведение.

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование, находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения устанавливаются в процентах к начисленной оплате труда. Страховой тариф утверждается органом законодательной власти РФ. Размер тарифа с 1993 г. по настоящее время не менялся и составляет 3,4 % в территориальный фонд и 0,2 % в Федеральный фонд.

Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы исполнительной власти республик, краев, областей, местная администрация за счет средств, предусматриваемых на эти цели в соответствующих бюджетах.

Аккумулирование денежных средств ОМС предусматривает сбор средств с плательщиков, контроль за сроками и полнотой перечисления средств и организацию полноты сбора через недоимки, пени и штрафы.

До введения в действие главы 24 Налогового кодекса РФ "Единый социальный налог (взнос)" территориальные фонды ОМС осуществляли учет и контроль за полнотой и своевременностью внесения взносов на обязательное медицинское страхование как работающего, так и неработающего населения. С 1 января 2001 г. с введением в действие Налогового кодекса РФ учет и контроль за полнотой и своевременностью уплаты недоимки по страховым взносам и единого социального налога на работающее население, зачисляемых в фонды обязательного медицинского страхования, осуществляется налоговыми органами Российской Федерации. Учет и контроль платежей на ОМС неработающего населения и аккумулирование всех финансовых средств системы ОМС осуществляется фондами обязательного медицинского страхования.

Анализируя механизмы обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС, следует отметить влияние таких факторов, как объем взносов за работающее и неработающее население, количество зарегистрированных плательщиков, стоимость Программы, размер региональных дифференцирован-

ных подушевых нормативов, себестоимость медицинских услуг, коэффициент индексации тарифов на медицинские услуги. Кроме того, влияние оказывают используемые способы оплаты медицинской помощи, эффективность кредитно-инвестиционной политики территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, величина страховых резервов и др.

Анализ внедрения ОМС в отдельных субъектах РФ показывает, что в целом по Российской Федерации полного соответствия функционирующих территориальных систем ОМС требованиям законодательства достичь не удалось. На сегодняшний день можно назвать **четыре модели организации ОМС** в различных субъектах РФ.

Первая модель, в основном, соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области ОМС. Средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет территориального фонда ОМС. Фонд аккумулирует финансовые средства и по договорам со страховой медицинской организацией осуществляет их перевод для финансирования деятельности организаций здравоохранения. Страховая медицинская организация заключают договора непосредственно с медицинскими организациями и со страхователями. По такому варианту работают 28 субъектов РФ с охватом более 30 % населения (города Москва, Санкт-Петербург, Вологодская, Калининградская, Кемеровская, Московская, Новгородская, Новосибирская области, Ставропольский край и некоторые другие).

Вторая модель представляет комбинированную систему ОМС. Это означает, что страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только страховые медицинские организации, но и филиалы территориального фонда ОМС. Это наиболее распространенная схема организации ОМС, которая охватывает 36 субъектов РФ, или 45 % населения.

Третья модель характеризуется отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций. Их функции взяли на себя территориальные фонды ОМС и их филиалы. Такая система ОМС функционирует в 17 субъектах Российской Федерации и охватывает 15 % населения. Выполнение территориальными фондами ОМС всех функций в системе ОМС предлагается специалистами в качестве основного пути реформирования ОМС. Однако анализ ситуации в этих субъектах РФ не выявил к настоящему времени каких-либо существенных улучшений в организации медицинской помощи населению.

Четвертая модель характеризуется отсутствием в регионах системы ОМС как таковой. В этих субъектах РФ Закон РФ "Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации" выполняется только в части сбора страховых взносов за работающее население. Этими средствами распоряжаются местные органы управления здравоохранением, финансируя напрямую медицинские учреждения. Такое положение сложилось в 17 регионах с охватом 10 % населения страны (республики Северного Кавказа, Восточно-Сибирский регион, Смоленская, Кировская, Нижегородская области и др.).

В целом, несмотря на трудности, введение обязательного медицинского страхования обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в рамках Программы, позволила внедрить вневедомственный контроль за качеством медицинской помощи, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в тех или иных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Отечественный и международный опыт подтверждает, что введение без должной подготовки страховых механизмов, в частности обязательного медицинского страхования, не позволяет в полной мере реализовывать преимущества страховых принципов организации медицинской помощи населению.

Малая результативность реформ обусловлена, в том числе, и психологическими трудностями, связанными с необходимостью отказаться от идеологических догм о невозможности предоставления гарантированной (бесплатной) медицинской помощи населению в условиях рыночной экономики. Все это привело к неоправданно затянувшемуся периоду реализации механизмов оказания гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в условиях многоканального финансирования здравоохранения.

Вместе с тем частичная реализация страховых принципов уже позволила сформировать новые подходы медико-экономической оценки оказываемой населению медицинской помощи. Эти подходы реализованы, в частности, в системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи, которая создана в противовес традиционной системе ведомственного контроля, монопольно существовавшей в здравоохранении многие десятилетия.

Особенно важно отметить, что введение обязательного медицинского страхования способствовало созданию института защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг. Созданные механизмы финансирования обеспечили большую "прозрачность" прохождения финансовых потоков в здравоохранении.

Положительными моментами стали внедрение договорных форм взаимоотношений между субъектами ОМС и разработка механизмов ценообразования на медицинские услуги. Это позволило ввести в системе здравоохранения ранее апробированные в эксперименте экономические отношения, что по существу перевело здравоохранение на новые экономические рельсы.

Главным направлением дальнейшего совершенствования системы ОМС остается создание условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в рамках базовой и территориальных программ ОМС.

Для этого необходимо последовательное решение целого ряда задач:

- обеспечить сбалансированность доходов системы ОМС и обязательств государства по предоставлению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи застрахованным гражданам;
- обеспечить эффективную работу механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы ОМС;
- разработать правовые механизмы ответственности исполнительной власти субъектов Российской Федерации за выполнение обязательств страхователя неработающего населения, проживающего на данной территории;
- разработать новые подходы к формированию базовой и территориальных программ ОМС в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Важнейшей задачей остается поиск механизмов увеличения объемов финансирования системы ОМС. Расчеты показали, что увеличение доли отчислений ЕСН в систему ОМС даже на 0,5 процентных пункта от существующего уровня позволит увеличить общий объем средств, поступающих в систему ОМС, в 2004 г. на 12 млрд. рублей и снизить, таким образом, суммарный дефицит финансирования.

Дополнительным необходимым источником финансирования могут стать средства Пенсионного фонда РФ на финансирование расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам.

По мере развития реформы обязательного медицинского страхования будут решаться задачи, связанные с расширением участия населения в системе ОМС. При этом возрастание доли финансового участия населения должно сопровождаться повышением качества и расширением перечня медицинских услуг. Обязательным условием цивилизованного развития системы ОМС должна стать выработка правовых и финансовых механизмов, позволяющих исключить неформальные платежи пациентов медицинским работникам.

Одним из новых условий участия граждан в медицинском страховании должно стать предоставление возможности добровольного отказа от участия в системе ОМС и решение вопроса оплаты медицинской помощи через систему добровольного медицинского страхования (ДМС).

Гражданам, сделавшим выбор в пользу ДМС, должен предоставляться налоговый вычет из единого социального налога или подоходного налога. При этом программа ДМС по объемам и видам медицинской помощи не должна быть ниже базовой программы ОМС, а за гражданином, вышедшим из системы ОМС, должно быть сохранено право восстановления в ней в любой момент. Существенным моментом при этом должно быть сохранение финансовой стабильности системы ОМС независимо от количества застрахованных, перешедших в негосударственную систему ДМС.

И, наконец, главным направлением реформы обязательного медицинского страхования может стать в перспективе создание единой системы медико-социального страхования, которая смогла бы обеспечить население необходимым комплексом социальных гарантий, включая оказание гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

4.3. Добровольное медицинское страхование

В отличие от обязательного медицинского страхования как части системы социального страхования, финансируемой за счет целевого налогообложения и платежей из бюджета, добровольное медицинское страхование является важным видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", принятым в 1992 г.

Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить дополнительно к обязательному медицинскому страхованию и системе государственного и муниципального здравоохранения более высокий уровень оказания медицинской по-

мощи. Оно реализуется за счет средств, полученных в виде взносов непосредственно от граждан за счет их собственных средств или средств работодателя, страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т. п.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования. В соответствии с указанным законом объектом страхования могут быть имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением страхователя или застрахованного лица (личное страхование). Из этого следует, что добровольное медицинское страхование является частью личного страхования, входящего в систему страхования как важного вида финансово-коммерческой деятельности, и существенно отличается от обязательного медицинского страхования.

В истории становления добровольного медицинского страхования в современной России можно выделить четыре основных этапа.

Первый этап — 1991—1993 гг. На этом этапе проводилась кампания заключения договоров, предусматривающих уплату страхователем страховой премии, которая включала в себя стоимость гарантированной оплаты лечения, а также расходы на ведение страхового дела. В это же время осуществлялось прикрепление застрахованного контингента к выбранным страхователем медицинским учреждениям.

Второй этап — 1993—1994 гг. В этот период договора ДМС характеризовались установленным пределом ответственности страховщика по оплате застрахованным медицинских услуг в размере страховой суммы, превышающей величину страхового взноса. При этом возврат страхового взноса не был предусмотрен.

Третий этап — 1995—1998 гг. Характеризовался запретом на проведение операций ДМС по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату

лечения части взноса по окончании срока страхования. С этого момента актуальным стал вопрос о необходимости проведения медицинского страхования как одного из классических видов страхования, позволяющего страховой компании нести ответственность в пределах страховой суммы, которая определяется состоянием здоровья застрахованного и финансовыми возможностями страхователя.

Четвертый этап — с 1998 г. по настоящее время. После августовского кризиса 1998 г. наступил качественно новый этап развития ДМС. ДМС перестает быть элитарной услугой.

Наряду с этим расширился перечень компаний, работающих по программам ДМС. В настоящее время на рынке ДМС работают следующие виды компаний:

- компании, осваивающие рынок ДМС на базе опыта участия в реализации программ ОМС;
- компании, аффилированные с финансово-промышленными группами, так называемые кэптивныe компании;
- компании, избравшие добровольное медицинское страхование зоной своих стратегических интересов.

Компании, работающие на рынке ДМС, обладают следующими правами:

- свободно выбирать медицинские учреждения;
- формировать совместно со страхователем тарифы на медицинские услуги;
- устанавливать размеры страховых взносов по ДМС;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению на материальное возмещение физического и морального ущерба, причиненного застрахованному.

Кроме того, страховые компании несут следующие обязанности:

- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным;
- выдавать страхователю или застрахованному с момента заключения договора страховые медицинские полисы;
- защищать интересы застрахованных;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договоров.

Несмотря на то что рынок ДМС существует уже больше 10 лет, его доля в финансировании здравоохранения составляет не более 3 %. Услугами ДМС пользуются всего лишь 2 % населения. До 90 % страховых взносов по ДМС — это средства юридических лиц, и лишь 10 % — индивидуальное добровольное страхование. В реализации программ ДМС участвуют менее 2 % российских предприятий, в то время как действующи-

щие в России зарубежные фирмы страхуют более 80 % своих работников.

Добровольное медицинское страхование строится на следующих принципах:

- финансовой эквивалентности обязательств страховщика и страхователя (страховая сумма равна теоретической себестоимости страхования);
- солидарности застрахованных: "богатый платит за бедного, здоровый за больного".

Новой и перспективной формой добровольного медицинского страхования является **медицинский "Ассистанс"** — *гарантия обеспечения немедленной помощи застрахованным в любой ситуации.*

Как правило, "Ассистанс" имеет подразделения во всех территориях, где работают филиалы компании. Партнерские взаимоотношения с российскими и зарубежными ассистансскими компаниями гарантируют оказание медицинской помощи в любой ситуации на территории России, стран СНГ и при поездках за рубеж.

Реформа медицинского страхования предполагает развитие сотрудничества государственной системы здравоохранения и системы добровольного медицинского страхования. Определяющими условиями развития такого взаимодействия являются, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС. Кроме того, понятно желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для органов управления здравоохранением — это получение дополнительного финансирования медико-социальных программ, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг в организациях здравоохранения. Для территориальных фондов ОМС — возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики "двойной оплаты" одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний — это великолепный резерв увеличения контингента страхователей и застрахованных. Для предприятий — получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Подводя некоторые итоги непродолжительного по времени периода развития ДМС в нашей стране, можно выделить следующие позитивные моменты:

- страховщики стали выступать естественным регулятором отношений между врачом и пациентом. Заинтересованные в получении прибыли, с одной стороны, и в обеспечении лечения застрахованных — с другой, страховщики взяли под контроль цены на медицинские услуги и качество медицинского обслуживания;
- посредством страхования стал реализовываться принцип распределения риска крупных затрат между большим количеством застрахованных;
- страховые компании проявили способность активно привлекать пациентов, обеспечивать ритмичную оплату медицинских услуг, что явилось положительным фактором, влияющим на ценовое регулирование медицинских услуг в здравоохранении;
- добровольное медицинское страхование проявилось как слагаемое в корпоративной системе социального обеспечения, важнейший фактор управления персоналом предприятия, организации, фирмы.

Сравнительный анализ обязательного и добровольного медицинского страхования представлен в иллюстрациях к лекции.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ IV

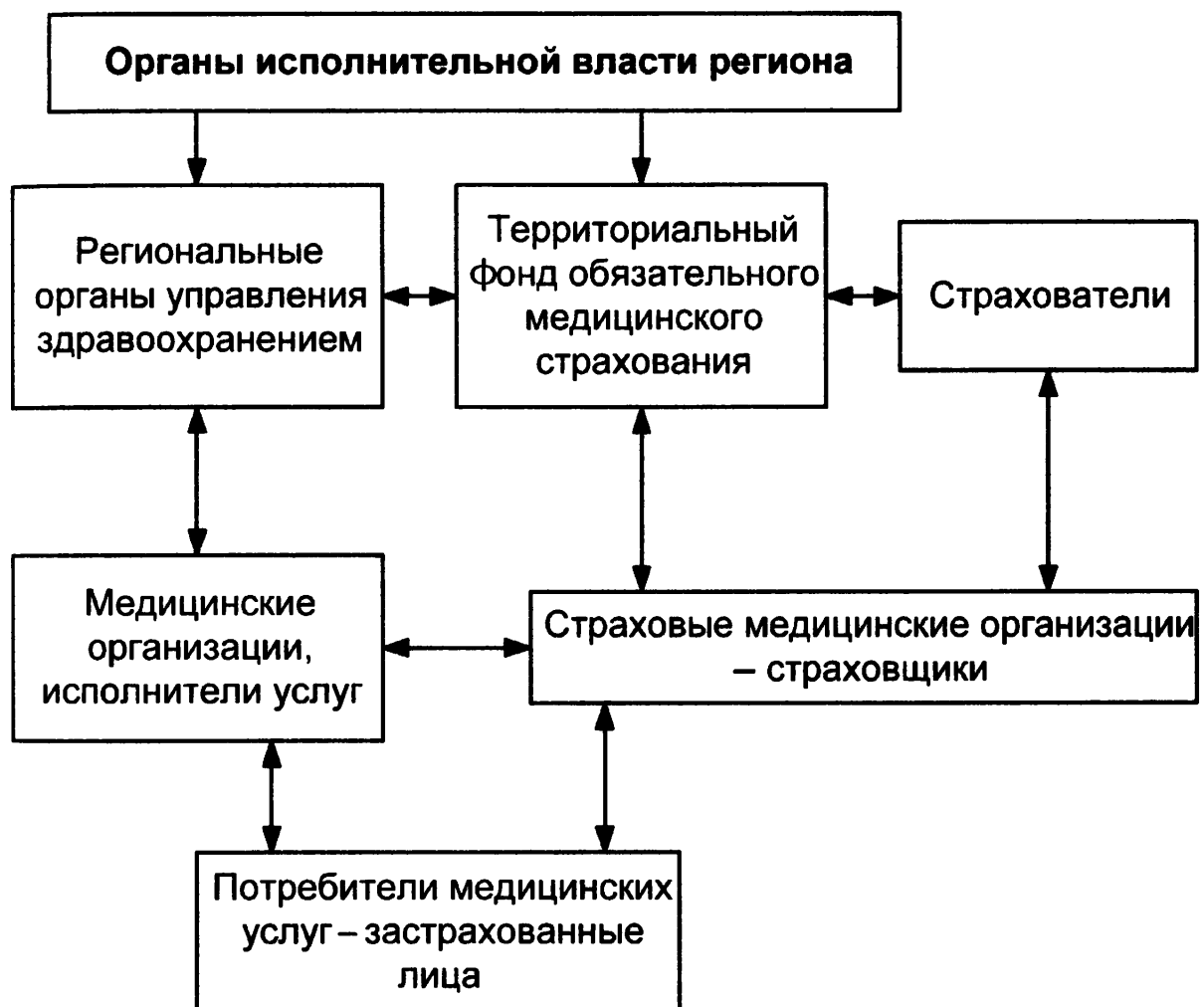


Рис. 4.1. Схема взаимодействия участников медицинского страхования

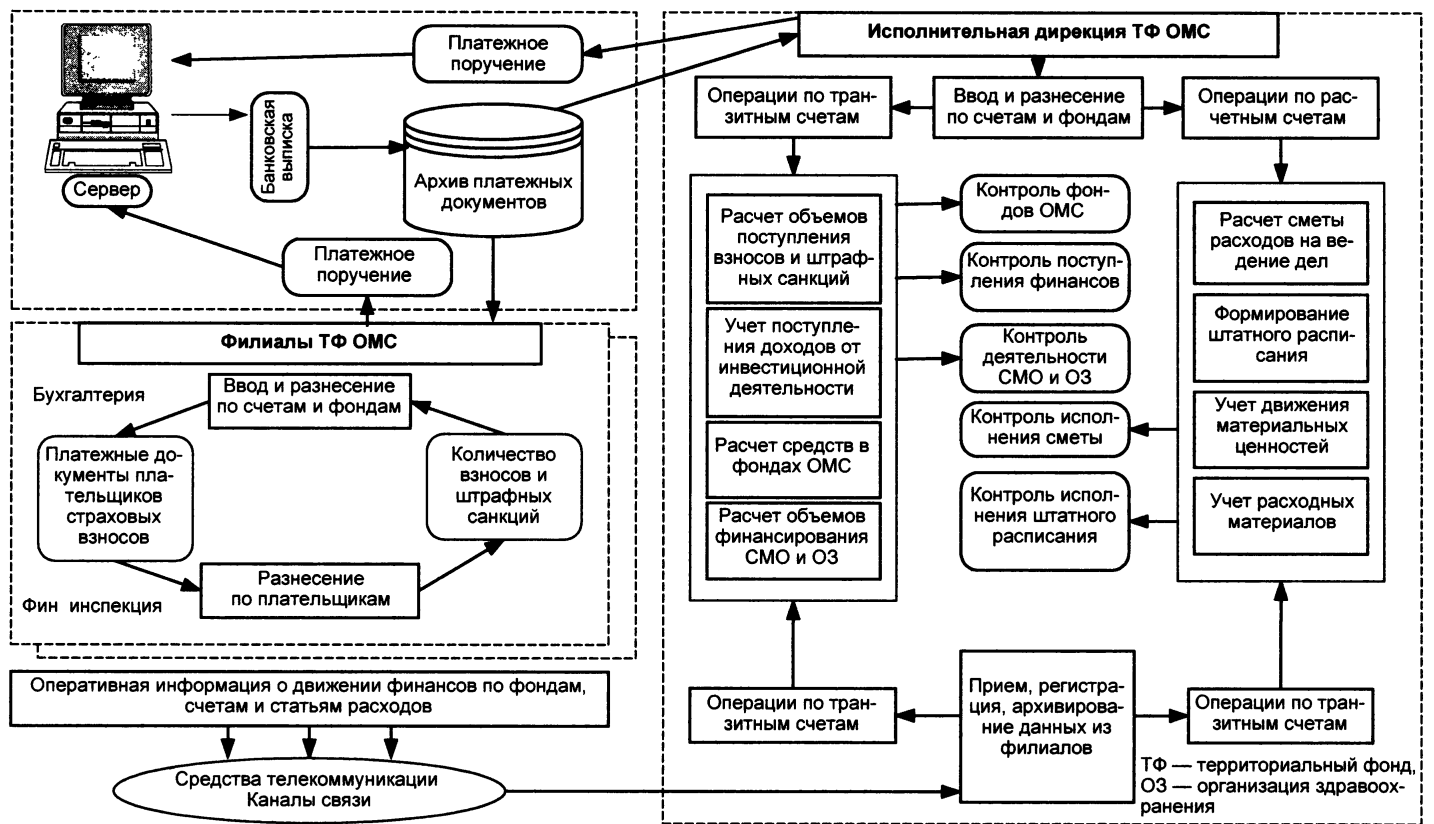


Рис. 4.2. Технологическая схема АСУ "Финансы ОМС"

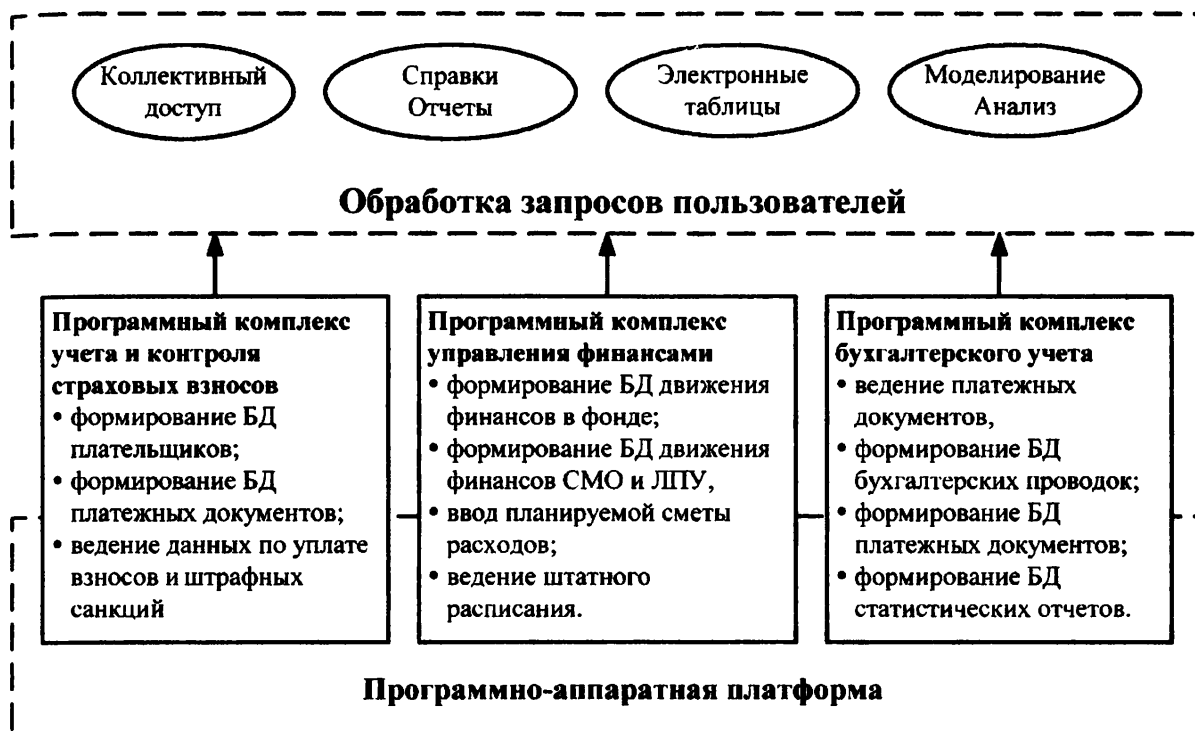


Рис. 4.3. Информационное обеспечение АСУ территориального фонда ОМС

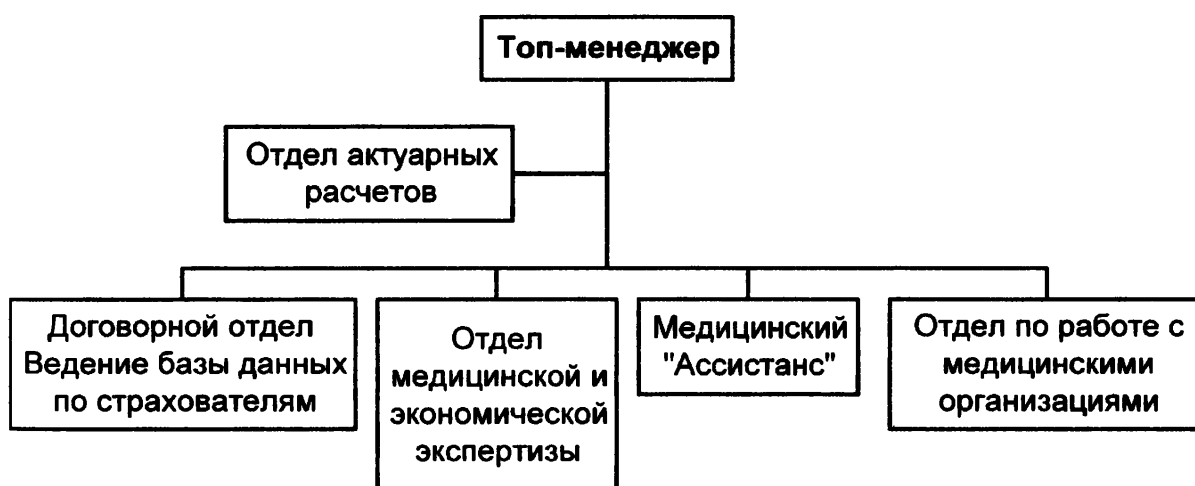


Рис. 4.4. Примерная структура страховой компании, осуществляющей ДМС

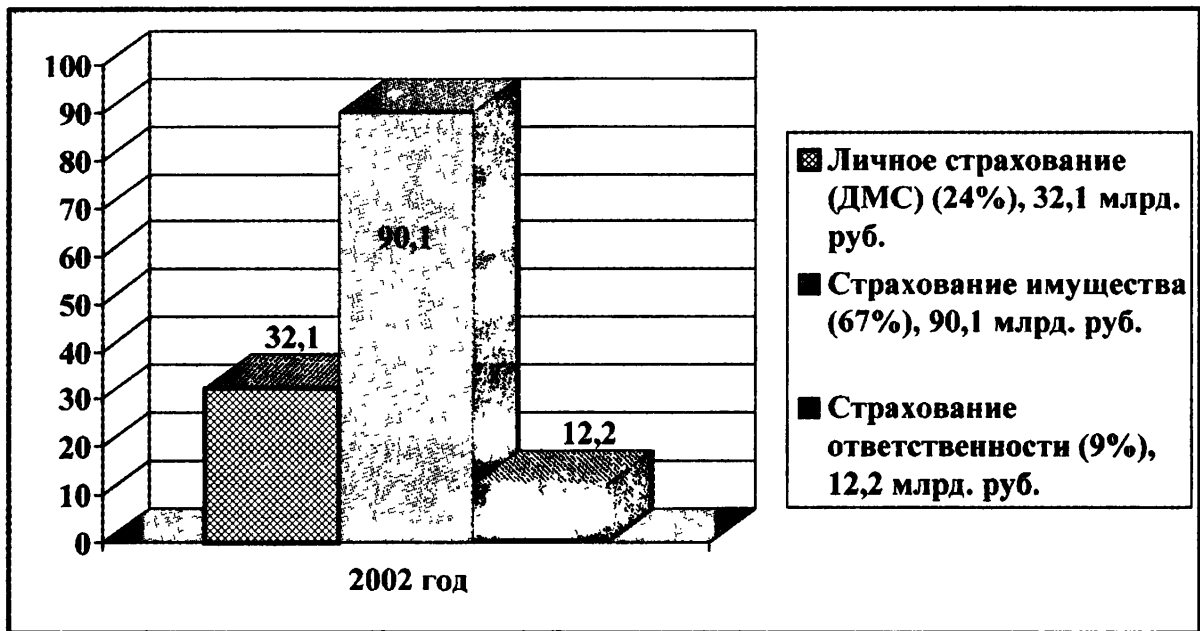


Рис. 4.5. Структура российского рынка добровольного страхования в 2002 г. (без страхования жизни)

Таблица 4.1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования (Лисицын Ю. П., Вялков А. И., Стародубов В. И.)

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	<p>Некоммерческое</p> <p>Один из видов социального страхования</p> <p>Всеобщее массовое</p> <p>Регламентируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"</p> <p>Осуществляется государственными или контролируемыми государством организациями</p> <p>Правила страхования определяются государством</p> <p>Страхователи — работодатели, органы государственной власти</p> <p>Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета</p> <p>Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти</p> <p>Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике</p> <p>Система контроля качества устанавливается государственными органами</p> <p>Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — обязательного медицинского страхования</p>	<p>Коммерческое</p> <p>Один из видов личного страхования</p> <p>Индивидуальное или групповое</p> <p>Регламентируется Законами РФ "О страховании" и "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"</p> <p>Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности</p> <p>Правила страхования определяются страховыми организациями</p> <p>Страхователи — юридические и физические лица</p> <p>Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей</p> <p>Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя</p> <p>Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем</p> <p>Система контроля качества устанавливается договором страхования</p> <p>Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности</p>

Лекция V. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

5.1. Общие положения

Помимо средств бюджета и обязательного медицинского страхования руководители организаций здравоохранения могут привлечь к финансированию своих учреждений иные источники: средства предприятий и населения за услуги, средства от продажи основных фондов, гранты и др. Привлечение всех этих источников, как правило, является инициативным делом руководителя.

Все внебюджетные средства учреждений, согласно правилам бухгалтерского учета, можно условно разделить на три группы:

- *целевые* (средства, предназначенные для финансирования определенных мероприятий целевого назначения. К целевым средствам обычно относят гранты, средства, полученные от спонсоров, от отраслевых и межотраслевых фондов специального назначения);
- *от приносящей доход деятельности* (средства от сдачи имущества в аренду, проценты банка по депозитным счетам и т. д.);
- *от предпринимательской деятельности* (доходы от платных медицинских услуг, дополнительные сервисные услуги, гостиничные услуги и др.).

Каждый из видов деятельности, каждый из этих источников имеет свой правовой статус, правила учета, расходования, налогообложения и т. п. Поэтому очень важно понимать, к какой из перечисленных выше групп относятся средства, дополнительно полученные организацией здравоохранения.

В общепринятом смысле **предпринимательской** является *самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.*

В то же время определение предпринимательской деятельности (бизнеса), повсеместно используемое в литературе, при-

менительно к предпринимательству в здравоохранении нуждается в уточнении и дополнении. **Предпринимательством в здравоохранении** следует считать *деятельность организаций и частных лиц, направленную на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющую возместить затраты на осуществление этой деятельности и получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих их лечение лиц и организаций.*

Продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении может быть как товар (любое изделие медицинского назначения — искусственная почка, набор хирургических инструментов, лекарство), так и услуга (диагностическая, лечебно-профилактическая, консультационная).

Одной из причин развития предпринимательства в здравоохранении России является не "погоня за прибылью" со стороны организаций здравоохранения, а неспособность государства в полном объеме обеспечить население гарантированной бесплатной медицинской помощью. Необходимость образования прибыли в медицинском предпринимательстве связана в основном не с желанием предпринимателей получать "прибавочный продукт", а с необходимостью развития деятельности. Обычно цены, тарифы на предпринимательские услуги в здравоохранении формируются не на основе критерия прибыльности, а исходя из общественной доступности.

Материальная основа любой предпринимательской деятельности — производственные ресурсы (природные, трудовые и средства производства). Будучи вовлеченными в предпринимательство, они становятся его факторами. Помимо них, к основным факторам предпринимательства относятся научные и информационные ресурсы.

Участвуя в общественном разделении труда, предприниматель за собственные или привлеченные денежные средства приобретает необходимые ему для осуществления конкретных предпринимательских операций ресурсы и преобразует их в продукты, товары, нужные потребителям, а затем продает им эти продукты, получая определенную денежную выручку, которая, естественно, должна превышать суммарные затраты предпринимателя на осуществление им предпринимательской деятельности (если не по каждой операции, то хотя бы в пределах обозримого временного интервала — срока окупаемости предпринимательского проекта).

В условиях рыночной экономики предпринимательство в здравоохранении выполняет следующие основные функции:

- **общеэкономическую**, проявляющуюся в участии организаций здравоохранения в общественном разделении тру-

да и обеспечении потребностей населения в дополнительных товарах и услугах медицинского назначения;

- **ресурсную**, направленную на эффективное использование в медицинской деятельности как воспроизводимых, так и не воспроизводимых ресурсов;
- **инновационную**, обусловленную потребностью в непрерывном медико-технологическом развитии организаций здравоохранения, в том числе за счет средств предпринимателей;
- **социальную**, проявляющуюся в направленности деятельности коммерческих организаций здравоохранения на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан.

В известном смысле медицинскому предпринимательству свойственна также и **политическая функция**. Активными выразителями политической воли предпринимателей, действующих на рынке товаров и услуг медицинского назначения, могут быть, в частности, профессиональные ассоциации врачей и фармацевтов.

Как социально-экономическое явление предпринимательство комплексно отражает систему отношений, возникающих в процессе производства и реализации товаров и услуг медицинского назначения между всеми участниками на всех этапах организации медицинской помощи. Основные классификационные признаки медицинского предпринимательства:

- форма собственности на имущество, используемое в предпринимательской деятельности;
- вид продукта предпринимательской деятельности;
- численность работников и объем деятельности;
- научно-технический уровень и качество работы;
- темпы роста и прибыльность.

В зависимости от формы собственности различают **государственное** (оказание медицинских услуг государственными организациями на коммерческой основе), **частное** и **смешанное предпринимательство**.

Предпринимательство в системе здравоохранения — это не только производственное (ориентированное на оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов), но и торговое, финансовое, страховое и посредническое предпринимательство.

Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения — это купля-продажа товаров и услуг медицинского назначения. При осуществлении любой торговой операции неизбежны разного рода расходы: на поиск и покупку товаров (у их про-

изготовителя или у другого продавца), доставку товаров в торговую точку или непосредственно покупателю, обеспечение сохранности товаров в период их транспортировки и хранения, продажу товаров (включая оплату услуг возможных посредников), а в ряде случаев — и на послепродажное (гарантийное) обслуживание покупателей. Все расходы, а вместе с ними и предпринимательская прибыль учитываются в торговой наценке к стоимости продаваемого товара и, в конечном счете, оплачиваются покупателем. Примером торгового предпринимательства может служить работа унитарных, частных предприятий по приобретению и ремонту медицинской техники. Соответственно стоимость первоначального товара увеличивается на торговую наценку. В последнее время многие государственные (муниципальные) организации здравоохранения создают собственные подразделения, занимающиеся торговым предпринимательством.

Финансовое предпринимательство, которое в силу его особой значимости для рыночной экономики выделяют обычно в самостоятельный вид, является по сути одним из видов торгового предпринимательства. Объектом купли-продажи здесь является конкретный специфический товар — денежные средства. К наиболее известным разновидностям предпринимательства в финансовой сфере относится вложение средств или предоставление кредитов для осуществления предпринимательской деятельности. Предприниматель (например, банк или другое финансово-кредитное учреждение, занимающееся предпринимательством в здравоохранении) вкладывает свои денежные средства в те или иные объекты здравоохранения или виды медико-фармацевтической деятельности с целью последующего получения прибыли. Предприниматели-кредиторы предоставляют денежные средства в долг приобретателям кредитов (хозяйствующим субъектам рынка товаров и услуг медицинского назначения) под определенный кредитный процент, из которого образуется предпринимательская прибыль.

С другой стороны, организации здравоохранения, непосредственно вкладывающие свои средства в финансово-кредитные учреждения (банки, фондовые биржи и т. д.), становятся субъектами финансового предпринимательства, получая определенную прибыль (дивиденды, проценты по депозитным счетам и т. д.), которая в дальнейшем идет на развитие основного производства.

Страховое предпринимательство — это продажа особой услуги — страховой защиты. Заключая договор страхования, предприниматель-страховщик обязуется при определенных

условиях, зафиксированных в договоре страхования, полностью или частично компенсировать застрахованному лицу потери, которые тот может понести в течение срока действия договора. За это страховщик взимает со страхователя определенную страховую плату.

Наиболее распространенными являются следующие виды страхования: жизни, здоровья (медицинское страхование), имущества, риска и ответственности, о чем подробно было рассказано в лекции IV.

Собственно предпринимательским является частное страхование, тогда как государственное страхование выполняет прежде всего социальную функцию и не связано непосредственно с получением прибыли.

Субъекты медицинского предпринимательства должны быть заинтересованы в совершенствовании и развитии систем страхования здоровья как важнейшего источника финансирования здравоохранения, страхования имущества, используемого в медико-производственной деятельности (с точки зрения сохранения и укрепления материально-технической базы здравоохранения), страхования профессионального риска и ответственности (как средства социальной защиты врачей и других работников медико-социального комплекса).

Основу **посреднического предпринимательства** составляют купля-продажа коммерческой информации и оказание иных услуг, способствующих осуществлению всех видов предпринимательской деятельности в здравоохранении. Посредниками являются маклеры и дилеры, а инструментом служат рекламные и другие маркетинговые механизмы. Главный фактор посреднического предпринимательства — **информация**, причем самая разнообразная. Как показывает практика, даже, к примеру, при проведении простейших торгово-посреднических операций на рынке лекарственных средств, медицинского оборудования, помимо обычных сведений о том, что, где и сколько стоит, а также о том, кому и за сколько это можно продать, посреднику может пригодиться знание специфических особенностей и условий купли-продажи конкретных видов товаров. Успешная посредническая деятельность невозможна без умения вести деловые переговоры, искать и находить приемлемое для всех сочетание интересов (порой в самом начале противоречивых). Примером посреднического предпринимательства является продажа информации о наличии тех или иных медицинских препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

С развитием рыночных отношений в здравоохранении возрастает потребность в **интеллектуальном посредничестве**. Осо-

бенно велика роль посредников в подготовке и реализации крупномасштабных инвестиционных проектов, в том числе международных. Сами участники этих проектов в силу разных причин, обусловленных как конкуренцией, так и законодательными ограничениями, не могут (или не хотят) проявлять связанную с ними активность и возлагают эту обязанность за определенную плату на квалифицированных посредников. Обычно такими квалифицированными посредниками выступают консалтинговые компании (фирмы).

Консалтинг — профессиональная консультативная помощь руководителям организаций (предприятий), предпринимаемая в решении проблем, возникающих в процессе осуществления их деятельности. Консалтинговые фирмы предоставляют услуги по исследованию и прогнозированию рынка, по разработке технико-экономических обоснований проектов, проведению маркетинговых исследований и др. Как правило, консалтинг (консалтинговая помощь) осуществляется на платной основе в виде рекомендаций, совместных решений, проектов.

5.2. Организационно-правовые формы предпринимательства в здравоохранении

Под **организационно-правовой формой** предпринимательской деятельности понимают совокупность имущественных и организационных признаков, способов формирования имущественной базы, особенностей взаимодействия собственников, учредителей, участников, их ответственности друг перед другом.

Имущественные признаки отражают то, на какой форме собственности или на базе какого вещественного права действует предприниматель. Если это государственное имущество, то мы имеем дело с **государственными** предприятиями, учреждениями, организациями, находящимися в федеральной собственности или в собственности субъекта РФ. Если предприятие, учреждение, организация основывает свою деятельность на базе муниципального имущества или если такое имущество является для него преобладающим, то мы говорим о **муниципальном** учреждении, организации, предприятии.

Организационно-правовые формы хозяйственных товариществ, хозяйственных обществ, кооперативов характеризуются **частной** (иной) формой собственности.

Организационные признаки выражаются в управлении организацией здравоохранения. Так, в государственных и муниципальных организациях здравоохранения управляющим является

ся принятый по контракту руководитель. В организациях частной (иной) формы собственности руководство осуществляется правлением или другим специально сформированным в соответствии с законодательством и уставом органом управления.

Особенности взаимодействия собственника имущества, участников при различных организационно-правовых формах проявляются в различном их участии в делах предприятия, организации, учреждения. Так, собственник государственного, муниципального предприятия, учреждения, организации, определяя цели деятельности предприятия, как правило, не вмешивается в дальнейшем в их оперативную деятельность.

Действующее законодательство различает следующие организационно-правовые формы предпринимательской деятельности:

- хозяйственные товарищества (полные и коммандитные);
- хозяйственные общества (с ограниченной ответственностью, с дополнительной ответственностью, акционерные);
- производственные кооперативы;
- государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Перечисленные организации по законодательству Российской Федерации являются коммерческими.

Помимо коммерческих, действующим законодательством предусмотрена возможность создания некоммерческих организаций здравоохранения. Некоммерческой является организация, не имеющая в качестве своей основной цели извлечение прибыли и не распределяющая полученную прибыль между участниками. Некоммерческие организации действуют для достижения социальных, благотворительных, образовательных, научных и управленческих целей в области охраны здоровья граждан. В том случае, если законом и уставом некоммерческой организации предоставлено право заниматься предпринимательской деятельностью, соответствующей целям, ради которых эта организация создана, прибыль от такой деятельности не распределяется между ее участниками, а направляется на достижение уставных целей.

К некоммерческим организациям относятся и организации здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности.

Основными видами предпринимательской деятельности организаций здравоохранения являются:

- оказание (реализация) платных услуг;
- реализация и использование имущественно-материальных ценностей;

- сдача в аренду и субаренду имущества;
- финансовые вложения в депозиты, ценные бумаги;
- участие в финансовом и ином лизинге;
- добровольное медицинское страхование.

5.3. Планирование предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения (бизнес-планирование)

Основным объектом бизнес-планирования является механизм эффективного планирования и прогнозирования деятельности организаций здравоохранения.

Методика бизнес-планирования — это *формализованная совокупность специальных правил и приемов (одного или нескольких методов) разработки конкретных бизнес-планов.*

Методика бизнес-планирования предусматривает последовательную реализацию следующих этапов:

- краткая характеристика организации здравоохранения (организационно-правовой статус, перечень видов деятельности);
- производственный план (основная медицинская деятельность, перспективы развития);
- план маркетинга (анализ сегментов рынка, выбор целевого рынка, позиционирование на рынке, изучение конкурентов, медицинских товаров и услуг, общественного мнения, реклама и др.);
- организационный план (схема управления, кадры учреждения);
- финансовый план (стратегия доходов и расходов);
- резюме или оценка эффективности (выбор количественных критериев эффективности деятельности, пути их достижения).

5.4. Налогообложение предпринимательской деятельности организаций здравоохранения

Целью деятельности любой организации является достижение результатов в виде конкретных, заранее прогнозируемых показателей. Одним из таких показателей является **прибыль организации**. Прибыль как результат хозяйственной деятельности анализируется на основе данных бухгалтерского баланса. С другой стороны, прибыль выступает источником налоговых отчислений в бюджеты разных уровней. Следовательно,

прибыль как финансовый результат деятельности организации является объектом налогового учета.

Задачей финансовых работников является не только фиксация финансового результата деятельности, "бухгалтерской прибыли" за отчетный период, но и правильный расчет показателей выработки, реализации, затрат и т. п. для целей налогообложения.

Налог на прибыль. Организации здравоохранения, как и все бюджетные учреждения, исчисляют налог на прибыль в соответствии с инструкцией ГНС РФ № 48 от 20.08.98 г. с суммы превышения доходов над расходами от предпринимательской деятельности. Поскольку доходы организации здравоохранения формируются кассовым методом, то и расходы при определении сумм превышения доходов над расходами должны приниматься в части оплаченной продукции.

Налогооблагаемая база медицинского учреждения определяется как разница между полученной суммой дохода от реализации выполненных работ, услуг и других операций без НДС, акцизов и фактическими расходами, включенными в перечень расходов бюджетной классификации.

Учет расходов от предпринимательской деятельности ведется учреждениями в соответствии с экономической классификацией расходов бюджетов Российской Федерации (см. лекцию III).

При определении бюджетным учреждением суммы превышения доходов над расходами (прибыли), полученной от предпринимательской деятельности, в составе расходов от предпринимательской деятельности учитываются расходы, непосредственно связанные с производством продукции, выполнением работ, оказанием услуг, т. е. текущие расходы. Расходы на приобретение основных средств таковыми не являются, поэтому в структуре расходов от предпринимательской деятельности, при определении облагаемой налогом прибыли не учитываются, так же как и другие капитальные расходы, осуществляемые учреждениями.

Налог на добавленную стоимость. Налог на добавленную стоимость не взимается с медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, за исключением косметических, ветеринарных и санитарно-эпидемиологических услуг.

Следовательно, если учреждения оказывают платные услуги, которые не освобождены от обложения НДС, то уплата в бюджет НДС производится ими в установленном порядке, а уплаченный НДС за товарно-материальные ценности подлежит возмещению в бюджет с учетом взаиморасчетов с другими организациями.

Единый социальный налог (ЕСН) зачисляется в соответствии с гл. 24 Налогового кодекса в государственные внебюджетные фонды.

Сумма налога исчисляется и уплачивается отдельно в отношении каждого фонда:

28 % — Пенсионный фонд;

4 % — Фонд социального страхования;

3,6 % — фонды обязательного медицинского страхования (3,4 % территориальный фонд ОМС и 0,2 % Федеральный фонд ОМС).

Налог с продаж. Этот налог уплачивается с полного объема выручки от оказанных услуг. Это косвенный налог, ибо выручка не образует чистый доход учреждения здравоохранения. Ставка налога обычно не велика и колеблется от 5 до 10 %. Это местный налог, обладающий достаточно большой налоговой облагаемой базой. Налог приводит к увеличению цены на облагаемые им объекты продажи.

Налог на имущество. Основные средства, в том числе нежилые помещения (здания), находящиеся на балансе организаций, облагаются налогом на имущество. Имущество, переданное по договору аренды (или приобретенное), облагается налогом на имущество. Нежилые помещения, переданные на условиях текущей аренды, продолжают числиться на балансе арендодателя, следовательно, плательщиком налога будет арендодатель.

Налог на имущество является региональным налогом. Поэтому конкретные ставки по уплате налога устанавливают органы законодательной власти субъектов РФ.

Федеральный закон РФ № 62-ФЗ от 25.04.95 г. установил предельный размер этого налога — 2 % от среднегодовой стоимости имущества организации за отчетный период. Сумму налога определяют ежеквартально нарастающим итогом с начала года путем умножения 1,4 от среднегодовой стоимости имущества на размер ставки налога, т. е. каждый квартал начисляется и перечисляется 1,4 от годовой суммы налога.

5.5. Платные услуги в здравоохранении и их ценообразование

Медицинская услуга — это вид медицинской помощи, оказываемый медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения населению. Медицинская услуга начинает выступать как специфический товар, который обладает отличительными свойствами, отмеченными ранее — в лекции II.

Платная медицинская услуга — это услуга, оказываемая на возмездной договорной основе сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Учреждения здравоохранения могут оказывать как платные медицинские (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), так и немедицинские (сервисные) услуги.

5.5.1. Организация платных медицинских услуг

Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные услуги населению при наличии лицензии, выданной соответствующим органом управления здравоохранением.

Медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых населению платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) требованиям федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

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

Государственные и муниципальные медицинские учреждения, предоставляющие населению платные медицинские услуги (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), обязаны вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность отдельно по основной деятельности и платным медицинским услугам.

Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации уполномоченными на то органами исполнительной власти субъекта РФ или муниципального образования.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан

бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Предоставление платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин.

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

Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или копию бланка, подтверждающие прием наличных денег.

Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), вправе требовать предоставления информации о наличии лицензии и сертификата, о методике расчета стоимости оказанной услуги т. п.

5.5.2. Методологические основы ценообразования в здравоохранении

Методология ценообразования является одной из ключевых проблем экономики и управления здравоохранением, причем это в равной степени важно как для бюджетных, так и для организаций здравоохранения частных форм собственности. Вопросы ценообразования приобретают особую актуальность не только в связи с расширением частного сектора в здравоохранении, но и с тем, что механизмы ценообразования становятся важным инструментом повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности. Если в условиях плановой экономики последнее не было столь важным, то в свя-

зи с переходом здравоохранения в условия рынка это приобретает особую значимость.

Ценообразование — это процесс формирования цен, определение их уровней и соотношений. Объективной основой формирования цен являются общественно необходимые затраты труда, которые посредством денег получают выражение в цене.

Медицинская услуга, как и любой товар, обладает стоимостью, денежным выражением которой является цена. Цены на услуги (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) состоят из двух основных элементов: себестоимости и прибыли.

Себестоимость медицинских услуг — это *стоимостная оценка используемых в процессе оказания услуг материалов, основных фондов, топлива, энергии, трудовых ресурсов, а также других затрат на ее производство.*

По содержанию и назначению затраты группируются по экономическим элементам и калькуляционным статьям.

Группировка затрат по калькуляционным статьям отражает их состав в зависимости от направления расходов на оказание услуги.

Все многообразие ценообразующих стратегий при установлении цен на медицинские услуги (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) можно объединить в следующие основные группы:

- установление цен на уровне фактической себестоимости оказания медицинской помощи;
- установление цен ниже уровня фактической себестоимости оказания медицинской помощи;
- установление цен выше уровня фактической себестоимости оказания медицинской помощи.

Первая группа характерна для стабильно работающих организаций здравоохранения, имеющих постоянные потоки больных, получающие финансирование под объемы оказания медицинской помощи.

Второй подход к ценообразованию в полной мере присущ обязательному медицинскому страхованию, при котором предусматривается включение в тариф неполного набора статей сметы. Такой же подход может быть принят и по другим программам предоставления медицинской помощи.

Традиционным для платных услуг считается установление цен на уровне выше фактической себестоимости оказания медицинской помощи. Такая политика характерна для "многоканального" финансирования учреждений с присущим им принципом дефицита, и ориентирована она на возмещение совокуп-

ных расходов учреждения в целом. С этой же ценовой политикой связано понятие "монопольно высокой" цены, когда производители — монополисты на рынке медицинских услуг искусственно завышают цену за счет увеличения прибыли.

Формирование себестоимости медицинской услуги должно базироваться на планировании всех расходов учреждения здравоохранения. Нормирование прямых расходов, соблюдение предельных размеров косвенных затрат и издержек стало актуальным для рационального использования средств учреждениями здравоохранения.

Для расчета цены на медицинские услуги используется рентабельность, которая определяется исходя из прибыли, необходимой на развитие учреждения и уплаты налогов в соответствующие бюджеты.

Размер рентабельности устанавливается субъектами РФ самостоятельно к себестоимости оказания услуги.

Для установления коэффициента рентабельности необходимо провести анализ следующих взаимосвязей:

- объемы предоставления медицинской помощи по потокам;
- объемы поступления средств по источникам;
- фактические расходы по оказанию медицинских услуг.

При установлении размера прибыли в цене услуги необходимо помнить, что налог на прибыль учреждения здравоохранения платят с превышения доходов над расходами. При этом подчеркнем еще раз, что учет средств от оказания платных услуг должен вестись отдельно от остальных источников.

Выбор метода ценообразования на медицинские услуги должен быть подтвержден вариантами экономических расчетов. От методики ценообразования зависят:

- полнота учета статей затрат в цене;
- формирование и вид преysкурантов цен;
- удобство для пользователей.

С выбором метода может быть связана упущенная выгода, если ценообразование неэффективно и цена не покрывает совокупных издержек. Кроме того, из-за несоответствия ценообразования реальным процессам в цену не будут заложены механизмы воспроизводства основных фондов и развития учреждения.

В здравоохранении наибольшее распространение получили следующие методы ценообразования:

- затратный
- сравнительный;
- доходный;
- статистического моделирования.

Факторы, определяющие цену на медицинскую услугу. К затратам, относимым на себестоимость услуги, в соответствии с действующей системой бухгалтерской отчетности в бюджетных организациях и экономической классификации расходов бюджета РФ, относятся:

- расходы на оплату труда, начисленные по всем основаниям;
- начисления на оплату труда;
- канцелярские и хозяйственные расходы;
- расходы на командировки и служебные разъезды;
- расходы на питание;
- расходы на медикаменты;
- суммы амортизационных отчислений на полное восстановление основных фондов (рассчитываются исходя из балансовой стоимости основных фондов и утвержденных в установленном порядке норм износа);
- износ мягкого инвентаря и обмундирования (рассчитывается исходя из фактической стоимости мягкого инвентаря и обмундирования и их нормативного срока службы);
- затраты на приобретение оборудования;
- затраты на приобретение мягкого инвентаря и обмундирования;
- капитальный ремонт зданий и сооружений;
- прочие расходы, включая расходы учебные, на производственную практику учащихся, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек, расходы, связанные с приобретением учреждением лицензии и сертификатов.

Таким образом, можно сказать, что суммарная себестоимость всех оказанных услуг равна величине бюджетной сметы, увеличенной на сумму амортизационных отчислений на основные фонды и износ мягкого инвентаря.

При определении себестоимости любого вида медицинских услуг используется следующая группировка затрат по экономическим элементам:

- расходы на оплату труда;
- начисления на заработную плату;
- прямые материальные затраты;
- косвенные (накладные) расходы.

Под **расходами на оплату труда** понимаются затраты на оплату труда медицинских работников, выполняющих услуги, пропорциональные затрачиваемому времени на производство услуги и сложности услуги.

Начисления на заработную плату предусматривают расходы

на уплату взносов на государственное социальное страхование, в Пенсионный фонд и фонд обязательного медицинского страхования (единый социальный налог).

К прямым материальным затратам относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания:

- оплата труда основного персонала;
- начисления на оплату труда основного персонала;
- материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги (медикаменты, перевязочные средства, продукты питания, одноразовые медицинские принадлежности и др.);
- износ мягкого инвентаря по основным отделениям;
- износ медицинского и прочего оборудования, используемого непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

К косвенным (накладным) расходам по учреждению относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;
- хозяйственные расходы (затраты на материалы и предметы для текущих целей, канцелярские товары, инвентарь и оплата услуг, включая затраты на текущий ремонт и т. д.);
- затраты на командировки и служебные разъезды;
- износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях;
- амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
- прочие затраты.

Расчет цены услуги производится на основании фактических расходов на ту или иную медицинскую услугу.

5.6. Распределение доходов от платных услуг

Основным документом, определяющим сумму доходов и направление расходов по внебюджетным источникам на текущий финансовый год, является смета доходов и расходов.

Смета составляется получателями (распорядителями) внебюджетных средств по прилагаемой форме (с обоснованием

каждой расходной статьи сметы) и ежегодно утверждается главным распорядителем финансовых средств.

Объемы поступлений (доходов) определяются распорядителями внебюджетных средств по источникам их образования.

Направления использования (расходования) средств определяются расходной частью сметы по структуре показателей ведомственной и экономической классификации бюджета Российской Федерации.

В доходную часть сметы (строка "Доходы — всего") включается общая сумма ожидаемых в финансовом году поступлений денежных средств по всем источникам образования внебюджетных средств и остаток средств на начало финансового года.

Расходы в смете распределяются в структуре показателей экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, без отнесения расходов по конкретным источникам образования средств.

В расходной части сметы приводятся только те коды экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, по которым получатель (распорядитель) средств предусматривает затраты.

Получатели (распорядители) средств по мере необходимости могут в течение года вносить изменения и дополнения в сметы доходов и расходов внебюджетных средств.

Смета доходов и расходов по внебюджетным средствам подписывается руководителем и главным бухгалтером получателя (распорядителя), приложение к смете — руководителем и начальником экономической службы (или главным бухгалтером) получателя (распорядителя) средств.

Действие утвержденных смет доходов и расходов прекращается 31 декабря.

5.7. Аренда и лизинг в здравоохранении

Организации здравоохранения располагают основными средствами, которые отражаются в балансовых отчетах; кроме того, они используют здания и оборудование, играющие важную роль и не являющиеся их собственностью. Существуют два основных способа приобретения оборудования: покупка и лизинг.

Лизинг — вид инвестиционной деятельности по приобретению имущества и передаче его на основании договора физическим или юридическим лицам за определенную плату, на определенный

срок и на определенных условиях по договору с правом выкупа имущества лизингополучателем.

В операциях лизинга участвуют:

- **лизингодатель**, который приобретает в собственность имущество и предоставляет его в качестве предмета лизинга лизингополучателю;
- **лизингополучатель**, который принимает предмет лизинга в соответствии с договором лизинга;
- **продавец (поставщик)**, который в соответствии с договором купли-продажи с лизингодателем продает лизингодателю в обусловленный срок производимое (закупаемое) продавцом имущество, являющееся предметом лизинга.

К основным типам лизинга относятся: долгосрочный, осуществляемый в течение трех лет и более; среднесрочный — от полутора до трех лет; краткосрочный — менее полутора лет. К основным видам лизинга относятся:

- финансовый;
- возвратный;
- оперативный.

Лизинг рассматривается в качестве альтернативы традиционному банковскому кредитованию. Сегодня лизинг широко распространен в мировой практике, опережая темпы роста капиталовложений в их традиционной форме.

Использование лизинга предпочтительно по ряду причин. Он дает возможность использовать в производстве наиболее передовую технику, не оплачивая ее полной цены; повышать уровень квалификации работников, работающих на этой технике. В условиях перехода к рыночной экономике, в сложных финансовых условиях финансирования здравоохранения в нашей стране резко возрастает необходимость использования лизинга.

Финансовый лизинг — вид предпринимательской деятельности, при которой лизингодатель обязуется приобрести в собственность указанное лизингополучателем имущество у определенного продавца и передать его лизингополучателю в качестве предмета лизинга за определенную плату, на определенный срок и определенных условиях во временное владение или пользование. При этом срок, на который передается предмет лизинга, равен (или выше) периоду полной его амортизации. Предмет лизинга переходит в собственность лизингополучателя по истечении срока действия договора (или до его истечения) при условии выплаты лизингополучателем полной суммы, предусмотренной договором. Другими словами, лизинг аналогичен кредиту или является разновидностью долга.

Возвратный лизинг характеризуется тем, что продавец (поставщик) предмета лизинга одновременно выступает и как лизингополучатель, т. е., продавая в собственность предмет лизинга некому финансовому учреждению, одновременно заключает соглашение об аренде этой собственности на определенных условиях и определенный период времени. Это необходимо для мобилизации денежных средств лизингополучателя.

При **оперативном лизинге** лизингодатель закупает на свой страх и риск имущество и передает его лизингополучателю за определенную плату, на определенный срок и на определенных условиях во временное владение и пользование.

По истечении срока действия договора лизинга и при условии выплаты лизингополучателем полной суммы, предусмотренной договором, предмет лизинга возвращается. При этой форме предмет может быть передан в лизинг неоднократно в течение полного срока его амортизации.

Наряду с лизингом существует **сублизинг** (переуступка прав пользования предметом лизинга третьему лицу), который оформляется договором сублизинга.

Финансовая аренда — вид аренды, по которой арендодатель обязуется приобрести в собственность указанное арендатором имущество у определенного им продавца и предоставить арендатору это имущество за плату во временное владение и пользование для предпринимательских целей.

Условия аренды требуют полного погашения инвестиции финансового учреждения плюс уплату прибыли, обычно колеблющейся от 8 до 15 % от непогашенной суммы в год. Арендатору обычно дается выбор — возобновить аренду при сниженной ренте или прекратить ее. Но он не имеет права аннулировать основную аренду, не сделав полностью выплат финансовому учреждению. Кроме того, арендатор обычно платит имущественный налог и страховку по арендуемой собственности. Так как арендодатель получает прибыль после этих выплат, этот вид аренды часто называют **нетто-аренда**.

Полная сумма ежегодной арендной платы подлежит вычету при определении доходов, облагаемых налогом. Срок аренды должен быть менее 30 лет, иначе аренда рассматривается как вид продажи.

Могут существовать две возможные ситуации, дающие лизингу преимущество, особенно для организаций, добивающихся максимального уровня финансового левериджа, который представляет собой соотношение собственных доходов организации и заемных средств.

Во-первых, зачастую организации могут получить бóльшие

денежные суммы на длительный период по договору о лизинге, чем по договору о ссуде для покупки определенного оборудования. Во-вторых, в результате того, что лизинг не отражается в балансовом отчете, использование его в качестве источника финансирования дает возможность организации "лучше выглядеть" при проведении анализа ее кредитоспособности и, следовательно, позволяет иметь более высокий уровень леввериджа по сравнению с другими источниками финансирования.

Так как лизинг представляет собой финансирование "за пределами балансового отчета", организации могут иметь больший финансовый левверидж, если они используют лизинг, чем при взятии сумм в долг. Это является одной из причин предпочтения лизинга. Но все-таки существующая система налогообложения является главной причиной роста популярности финансового лизинга. Лизинг позволяет передавать налоговые льготы от пользователя основных средств к лизингодателю, и если эти стороны находятся в различных налоговых условиях, то они могут получать взаимную выгоду от лизингового соглашения. Сегодня, когда любая возможность более прибыльно вести бизнес очень важна, особенно в таких жестких налоговых и экономических условиях, как в нашей стране, — лизинг может рассматриваться как один из перспективных финансовых механизмов на рынке медицинских товаров и услуг.

5.8. Финансовый контроль предпринимательской деятельности организаций здравоохранения

Многоканальность финансирования организаций здравоохранения в условиях рыночных отношений требует от руководителей здравоохранения всех уровней управления повышения эффективности в использовании ресурсов, в том числе и финансовых, роль которых резко возрастает, так как их можно быстро трансформировать в другие виды ресурсов (трудовые, материальные).

Поэтому финансовый контроль является одной из важнейших функций государственных и муниципальных органов управления, включая и органы управления здравоохранением.

При осуществлении финансового контроля проверяется соблюдение установленного нормативно-правовыми актами порядка финансовой деятельности, а также экономическая обоснованность распределения и использования средств, полученных от предпринимательской деятельности.

В ходе проверок изучается:

- соблюдение правил совершения финансовых операций, расчетов и хранения финансовых средств;
- использование финансовых средств, находящихся в хозяйственном ведении организации;
- наличие внутренних резервов и возможностей для более эффективного использования ресурсов;
- состояние работы по устранению и предупреждению нарушений правил финансово-хозяйственной деятельности.

В зависимости от контролирующих органов финансовый контроль предпринимательской деятельности осуществляют:

- представительные органы государственной власти и местного самоуправления;
- контрольные органы исполнительной государственной власти и местного самоуправления;
- ведомственные контрольные органы;
- органы налоговой службы;
- контрольные комиссии организаций;
- аудиторские компании.

Контролирующие органы используют следующие методы финансового контроля:

- ревизии;
- проверка финансово-хозяйственной документации.

Ревизия является наиболее цельным методом финансово-хозяйственной деятельности организаций. Ревизии подразделяются по объему проверки на сплошные и выборочные, по форме организации — на плановые, внеплановые и комплексные (проводимые несколькими контрольными органами).

В ходе проверок финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения изучаются следующие вопросы:

- состояние учета и эффективность использования материальных ресурсов;
- обоснованность приобретения материальных ресурсов;
- обеспечение сохранности материальных ресурсов и финансовых средств;
- правильность начисления и выплаты заработной платы работникам;
- соблюдение правил проведения финансовых операций, соблюдение порядка финансового учета и отчетности.

По окончании проверки контролирующими органами составляется акт проверки, в соответствии с которым устанавливаются меры по устранению выявленных нарушений и предупреждению их возникновения в организации, а также по при-

влечению к дисциплинарной ответственности лиц, виновных в нарушении правил финансово-хозяйственной деятельности.

Основной финансовый контроль финансово-хозяйственной деятельности коммерческих организаций, в том числе медицинских и фармацевтических, осуществляется органами налоговой службы Российской Федерации. Целью финансового контроля органов налоговой службы является выявление сокрытых от налогообложения доходов коммерческой организации. Финансовый контроль с этой же целью осуществляется налоговыми органами и в отношении учреждений здравоохранения в случае получения ими доходов, помимо средств бюджетов и ОМС. Как правило, это относится к доходам, полученным за предоставление платных медицинских услуг.

Важное место в осуществлении внутреннего финансового контроля занимают аудиторские проверки, которые организуются самими организациями для получения объективных данных о состоянии финансовой деятельности.

Аудиторские проверки (аудит) проводятся аудиторскими фирмами, имеющими лицензию на право осуществления аудиторской деятельности.

Аудит предусматривает проверку имеющейся в организации финансовой отчетности по использованию финансовых средств. Целью аудита является выявление искажений в финансовой отчетности. По результатам аудита аудиторской фирмой выдается аудиторское заключение о состоянии бухгалтерской отчетности организации.

Таким образом, финансовый контроль, осуществляемый во всех перечисленных выше формах, является важной составляющей мероприятий, направленных на повышение эффективности использования ресурсов в организациях здравоохранения.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ V

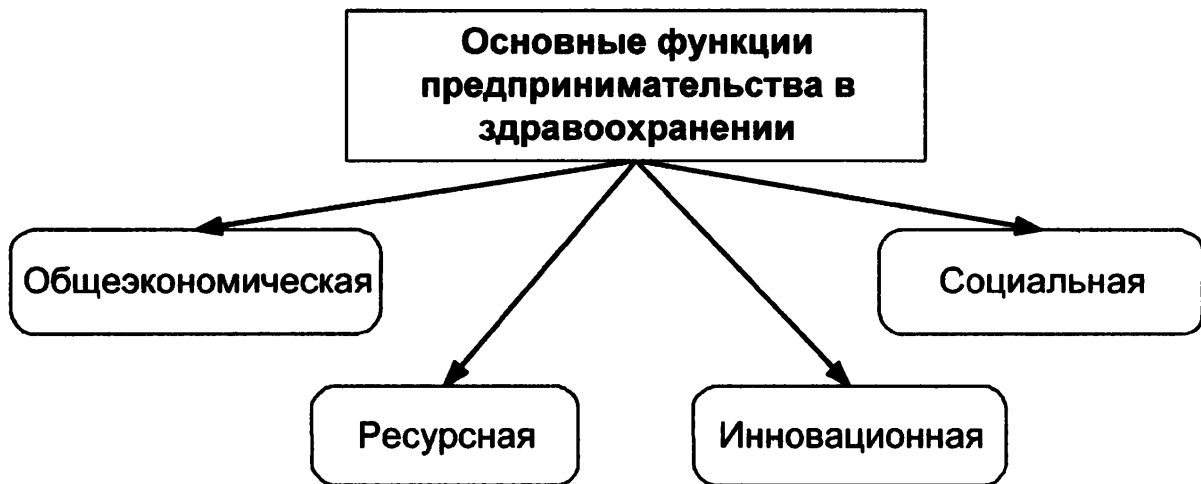


Рис. 5.1. Функции предпринимательства в здравоохранении

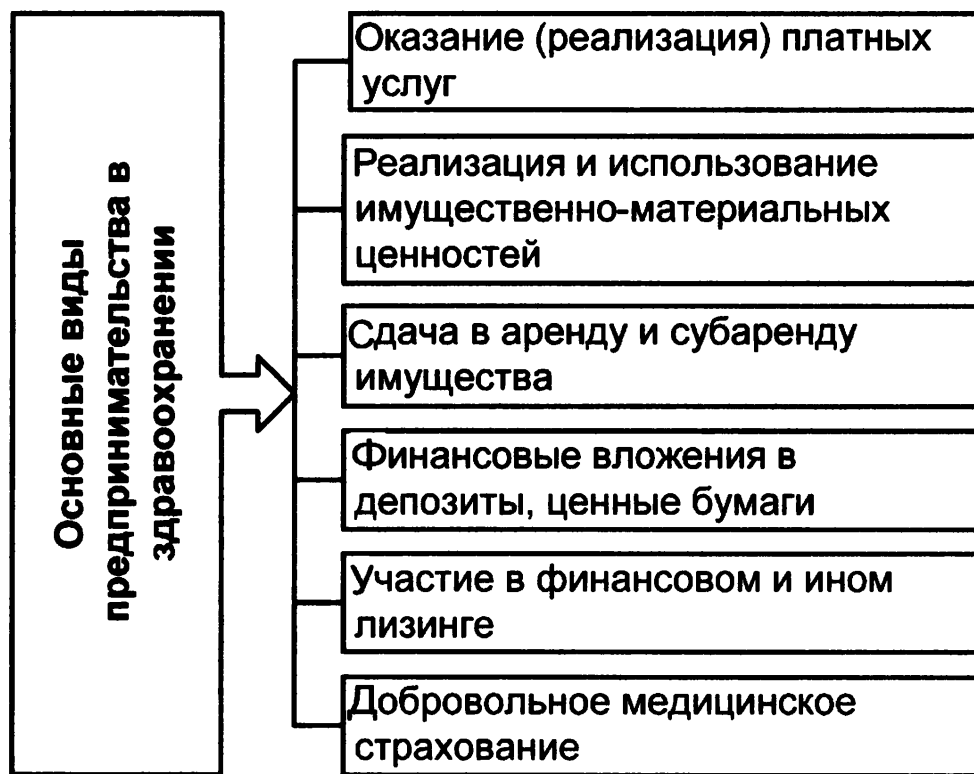


Рис. 5.2. Виды предпринимательства в здравоохранении

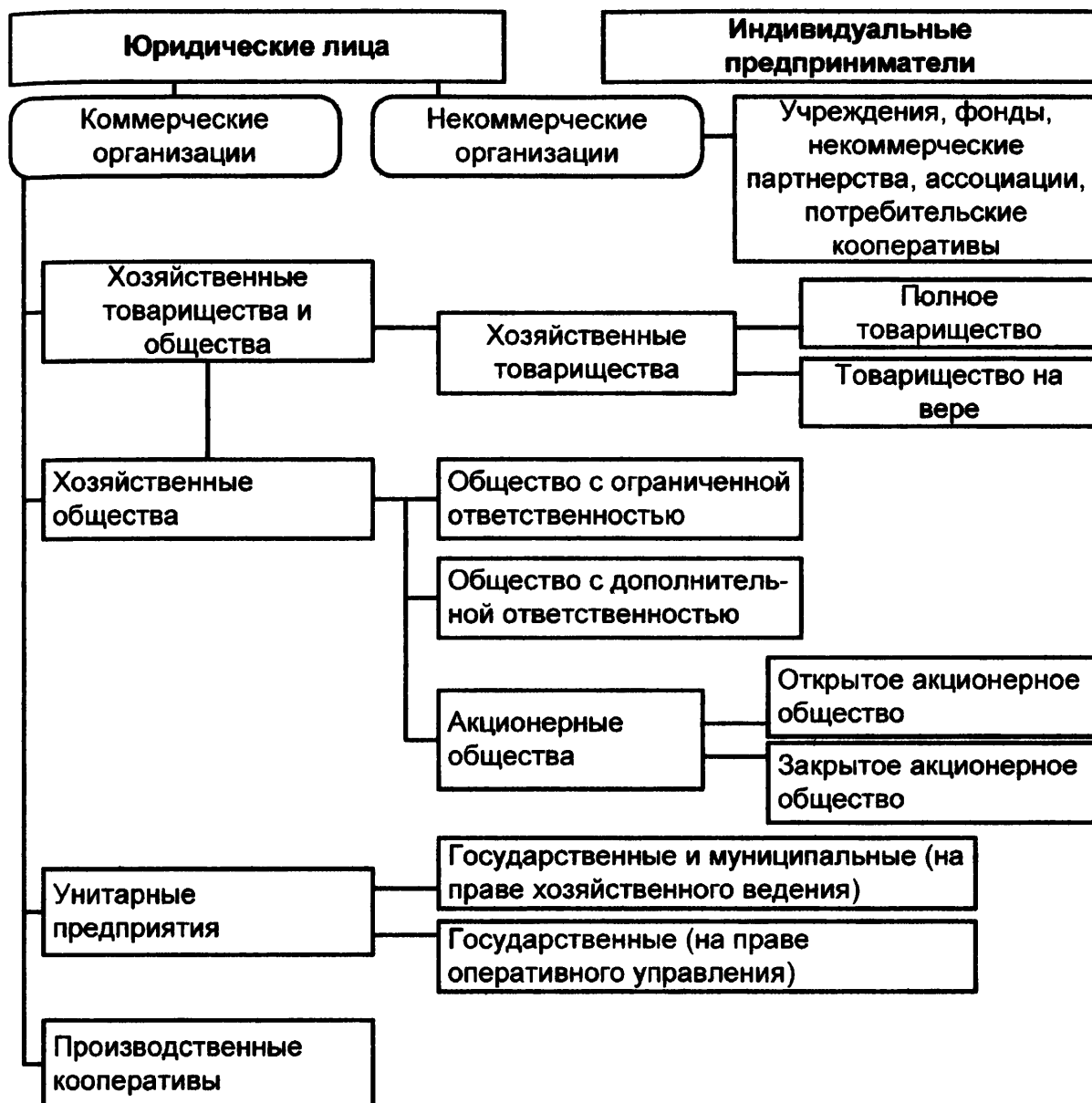


Рис. 5.3. Субъекты предпринимательской деятельности на рынке медицинских товаров и услуг

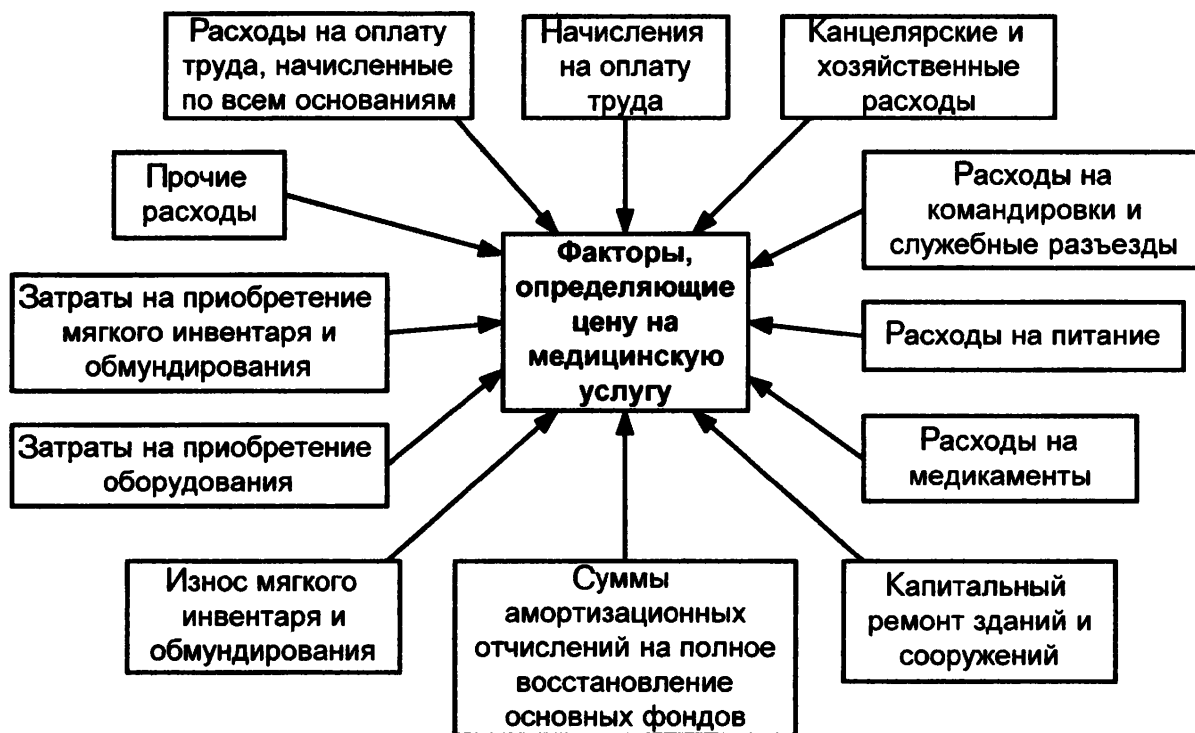


Рис. 5.4. Факторы, формирующие цену на медицинскую услугу

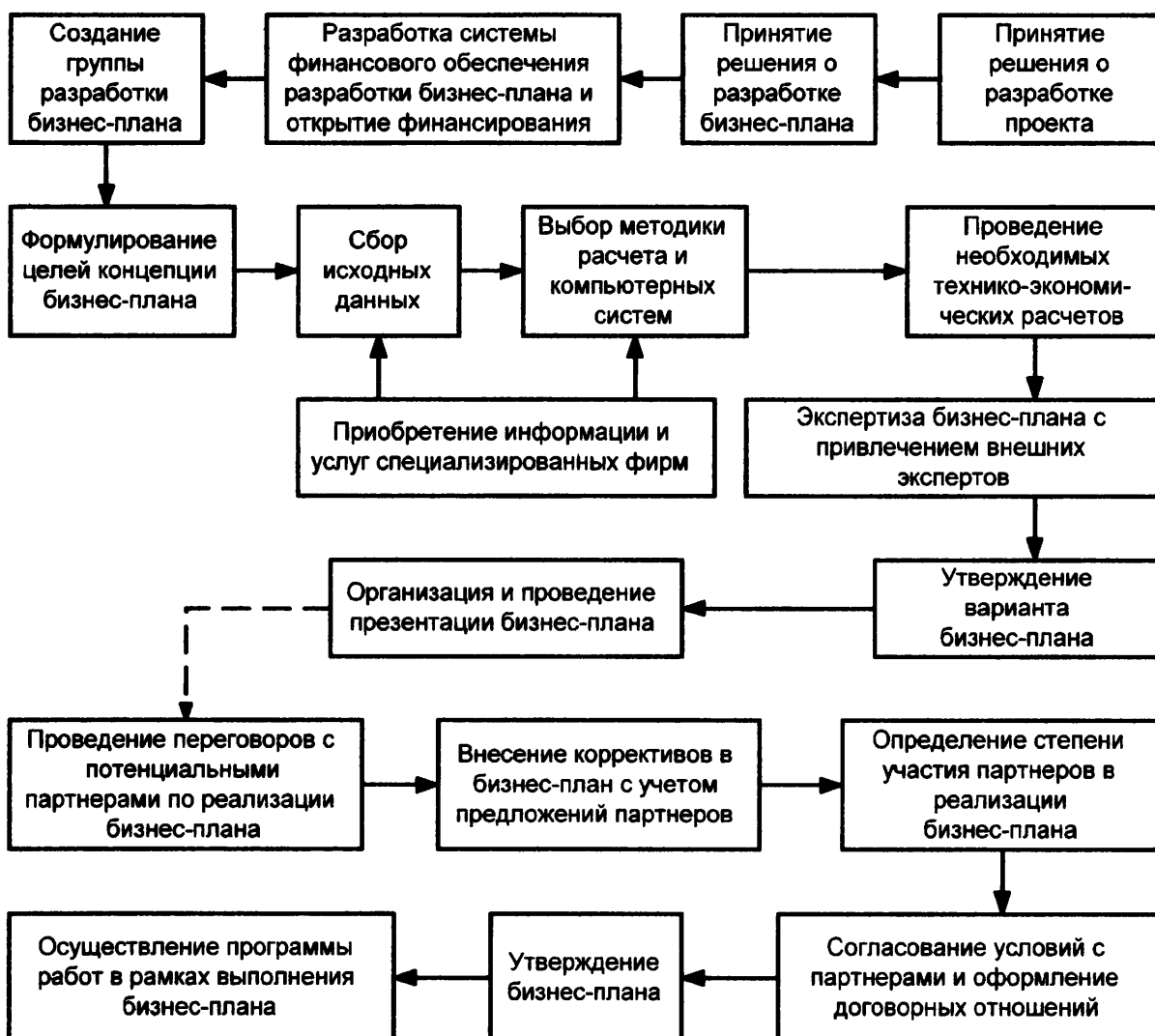


Рис. 5.5. Примерная схема разработки бизнес-плана организации здравоохранения

Лекция VI. УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

6.1. Общие положения

В настоящее время одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления здравоохранением. Переход от командной экономики к рыночной, децентрализация государственного управления с повышением властных полномочий субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления привели к разрушению вертикали управления единой системы здравоохранения страны и созданию государственного, муниципального и частного секторов. Все это, в условиях формирования рынка медицинских товаров и услуг, многообразия форм собственности, многоканального финансирования, потребовало разработки и внедрения новых подходов в управлении отраслью.

В последние годы в лексиконе и профессиональной деятельности появился термин "менеджмент".

В одном из распространенных определений, **"менеджмент"** — это *рациональное управление современным производством с целью достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсного потенциала.*

Другими словами, **"менеджмент"** — это *вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач.*

Возникает вопрос: можно ли считать перевод английского слова "management" и русский термин "управление" равнозначными понятиями? В общем смысле, пожалуй, и да, и нет. Поэтому нельзя не заметить и существующие различия. Строго говоря, "управление" — это понятие более общее, которое базируется на теории и методологии решения проблем. "Менеджмент" — понятие более узкое, которое включает в себя совокупность организационно-правовых, экономических и других механизмов решения этих проблем на основе разработанной теории управления. Поэтому, не спеша отказываться от привычного "руководитель" в угоду американизированному "менеджер", в то же время не противопоставляя эти понятия

друг другу, мы постараемся в дальнейшем термин "менеджмент" рассматривать и использовать как комплексную технологию современного управления организациями здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающим в них персоналом.

Что же касается термина "управление", то его будем использовать применительно к системам здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Говоря об управлении здравоохранением в частности, необходимо прежде всего разобраться в вопросах управления в общем. Что же такое управление? По одному из наиболее распространенных определений, **управление** — это *функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.*

Процесс управления начинается с проявления волевого акта, выдачи организатором команды, сигнала, указания, задания и т. п. Осуществляется он посредством контроля, требования отчета и учета результатов исполнения, оперативной корректировки при отклонении от намеченных параметров и траектории достижения цели, а завершается процессом стимулирования управляемого объекта, поощрением при достижении положительных результатов либо применением санкций в случае неудач.

Отсюда вытекает такое понятие, как **управленческая деятельность**, которая представляет собой *совокупность действий субъекта управления, направленную на изменение объекта управления в заданном направлении.* Она включает в себя постановку целей, сбор и анализ информации, оценку проблемной ситуации, организацию системы управления, подготовку и принятие управленческого решения, осуществление контроля и оценку эффективности реализации принятого решения.

Обязательным условием любой формы управленческой деятельности является наличие управленческой ситуации.

Управленческая ситуация — это *сочетание условий и обстоятельств, создающих определенную обстановку (внешнюю среду), в которой вырабатывается управленческое решение.* Основная цель, содержание любой управленческой функции складывается из двух составляющих: первое — анализ состояния системы, контроль ее основных параметров, количественное определение тех факторов, которые выводят систему из состояния равновесия, и причин их появления; второе — определение набора мероприятий, направленных на приведение системы в равновесие и достижение желаемого результата.

В системе управления обязательно присутствуют два звена: управляющее и управляемое. Тех, кто управляет, принято называть субъектами управления, а то, чем управляют, — объектами управления.

Субъект управления — это *управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления.*

Объект управления — это *управляемое звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.*

Объектом управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России, субъектов РФ, муниципальных образований, организации здравоохранения и их структурные подразделения, медицинский персонал, ресурсы, конечные результаты оказания медицинской помощи.

В системе управления здравоохранением, с учетом существующей иерархии, субъект управления одновременно может являться и управляющим, и управляемым звеном, например: орган управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к органу управления здравоохранением муниципального образования или отдельных организаций здравоохранения является субъектом управления. В то же время по отношению к Министерству здравоохранения РФ он является объектом.

6.2. Основные принципы управления здравоохранением

Управление организацией здравоохранения — это сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем организации, так и меняющейся экономической и политической ситуации. Поэтому для оптимального управления необходимо опираться на основополагающие правила, совокупные требования законов, которые и составляют следующие основные принципы управления:

- принцип целенаправленности;
- принцип правовой защищенности управленческого решения;
- принцип непрерывности в оптимизации системы управления;
- принцип достаточности в централизации и децентрализации управления;
- принцип единоначалия;
- принцип делегирования полномочий.

Эти принципы управления в той или иной мере связаны с

такой формой социальных отношений, которой является власть.

Власть — это способность, возможность и право оказывать воздействие на деятельность, поведение коллективов и отдельных индивидуумов с помощью различных средств — воли, авторитета, права, принуждения, насилия, системы государственных институтов и органов.

Власть по своей природе асимметрична, в результате чего один из участников отношений (субъект власти) имеет больше возможностей влиять на другого. Таким образом, суть власти в процессе управления можно определить формулой: А имеет власть над Б, если А определяет поведение Б. Очень часто понятие власть трактуют через категорию силы, т. е. физическое, экономического, военного могущества субъекта власти. Однако реальная жизнь подсказывает, что между властью и силой не всегда имеется прямая связь. Субстанцию власти нередко определяют через волю, т. е. действенное сознание объекта, стремящееся овладеть реальностью, подчинить себе объективное бытие. Власть при этом может быть представлена как способность и возможность осуществления своей воли, подчинения поведения и деятельности людей воле всего общества, группы людей или отдельного человека. Волевая трактовка власти является по существу дополнительной к пониманию власти как проявления силы. Существенной характеристикой власти является ее легитимность, т. е. признание законности и правомерности со стороны объекта властных отношений. Только в том случае, когда власть ведет к господству идеи права, она признается необходимой, правомерной, авторитетной.

По источнику происхождения власть бывает:

- *традиционной* (авторитет традиций);
- *законной* (авторитет права);
- *криминальной* (авторитет преступных сил).

В управлении власть определяется формальным фактором — должностью. Из нее, как следствие, вытекает степень ответственности. Немалое значение здесь имеет личность. Личность может как усиливать, так и уменьшать проявление власти и степень ответственности. Органическое сочетание должностных обязанностей руководителя и его личных характеристик создает необходимую рабочую атмосферу. Несоответствие личности своей должности приводит к конфликтным ситуациям и появлению в коллективе неформального лидера. Власть может быть официальной и неофициальной.

Официальной властью обладают лица, занимающие руководящие должности. Официальная власть или полномочия по-

зволяют руководителю принимать решения и отдавать распоряжения. Однако распоряжение будет выполнено, если оно понятно и обоснованно с точки зрения того, кто должен его выполнять. Поэтому руководитель может обладать официальной властью, но при этом не добиться желаемого результата.

Неофициальная власть — это способность заставить других делать то, что вы хотите, не имея на это официальных полномочий.

Профессора Мичиганского университета Р. Френч и Б. Рэйвен предложили следующую классификацию власти:

Законная власть. В формально существующих организационных структурах (органах управления, организациях, предприятиях и др.) преимущественно используется законная власть. В них руководитель имеет законное право давать распоряжения и контролировать их выполнение. Традиционно люди подчиняются руководителям, занимающим определенную должность. В этом случае подчиненные реагируют не на личность, а на должность. Таким образом, происходит процесс подчинения системе в целом.

Власть принуждения основана на том, что подчиненные опасаются угрозы наказания со стороны руководителя. Эта форма власти дает временный эффект. При длительном ее применении в коллективе появляются скованность, отчуждение, возникают конфликты, происходит текучесть кадров.

Власть поощрения основана на возможностях руководителя награждать подчиненных за качественную работу. Такие вознаграждения включают моральное, материальное поощрение, повышение по службе и т. д. Особенно эффективна такая власть в условиях экономической нестабильности и снижения жизненного уровня работников. В этом случае стимулирование работы подчиненных различными формами вознаграждения активизирует их трудовую деятельность. Конечно, сила влияния вознаграждения зависит от осознания его ценности. Естественно, что для различных исполнителей восприятие ценности одного и того же вознаграждения будет разным.

Как уже было сказано ранее, власть является не только уникальной и многогранной формой социальных отношений в обществе, но и активной субстанцией для реализации основополагающих принципов теории управления.

Принцип целенаправленности. В управлении этот принцип является главенствующим, поскольку аккумулирует в себе все составляющие процесса управления.

Но прежде всего необходимо сказать о самом понятии "цель".

Цель — это *идеальное, мысленное предвосхищение результата*

деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств.

Прежде чем приступить к какому-либо действию, направленному на достижение каких-либо результатов, человек ставит перед собой цель. Таким образом, цель можно рассматривать и как конечный результат преодоления человеком несоответствия между исходным состоянием и его потребностями.

В управлении системами и отдельными организациями здравоохранения выделяют следующие виды целей:

- *в зависимости от уровня управления:* стратегические, тактические, оперативные;
- *по характеру решаемых задач:* комплексные, промежуточные, конечные;
- *по содержанию:* медико-организационные, финансово-экономические, медико-технологические и др.

Основные требования, предъявляемые в процессе определения цели. Цель должна быть своевременной и необходимой, реальной и достижимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку.

При определении цели важно установить, какой именно результат предполагается получить при ее достижении, какими средствами и в какие сроки. Есть два наиболее распространенных способа постановки цели. В первом случае цель задается заранее без тщательного предварительного анализа системы здравоохранения, определения ее функциональных и ресурсных возможностей. После того как цель задана, оцениваются возможности системы и разрабатываются мероприятия по ее достижению. В этом случае под заданную цель проектируются и создаются соответствующие организационные структуры и органы управления.

В других случаях цель выявляется из существующего состояния системы здравоохранения и выступает как ожидаемый к определенному периоду времени результат. В этом случае проводится предварительный анализ состояния системы, ее реальных возможностей, на основе чего формулируется цель.

Любая управленческая деятельность начинается с определения цели, которая должна дать ясное представление об оптимальных параметрах функционирования и развития объекта управления, о модели его будущего состояния. Процесс определения цели получил название **целепостановка** или **целеполагание**.

Наиболее распространенным методом целеполагания является формирование "**древа целей**", в процессе чего сначала определяется генеральная цель, на основе которой в дальнейшем

формируется иерархическая лестница целей — "древо целей". Эта работа осуществляется путем последовательной декомпозиции главной цели на подцели по следующим правилам:

- формулировка целей должна описывать желаемые результаты в изменении состояния системы, но не действия, необходимые для ее достижения;
- формулировка генеральной цели должна давать описание конечного результата;
- содержание главной цели должно быть развернуто в иерархическую структуру подцелей таким образом, чтобы достижение подцелей данного уровня стало шагом на пути достижения целей каждого последующего уровня;
- на каждом иерархическом уровне подцели должны быть независимыми друг от друга;
- декомпозиция главной цели прекращается при достижении того уровня, который становится последним на пути достижения желаемого результата.

Процесс определения целей и их согласования является чрезвычайно сложным. Специфика формирования и уточнения целей, построение их иерархии, доведение до соответствующего уровня конкретности и соблюдения приоритетности главной цели по отношению к целям нижнего уровня — одна из важнейших задач управления.

Метод построения "древа целей" послужил основой для разработки новой концепции управления, получившей название "**управление по целям**". В этом случае контроль и оценка деятельности каждого элемента системы управления осуществляются по достигнутым результатам (например, объем и качество медицинских товаров и услуг, экономическая эффективность функционирования системы здравоохранения, трудовая дисциплина и т. п.).

Итак, один из важнейших принципов управления можно сформулировать предельно коротко и четко: *каждое действие должно иметь ясную и определенную цель.*

Принцип правовой защищенности управленческого решения. Управленческая деятельность в здравоохранении, особенно в условиях рыночной экономики, всегда сопряжена с определенным риском. Принцип правовой защищенности управленческого решения требует от руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения знаний и соблюдения законодательства в технологии разработки и реализации управленческих решений.

В последнее десятилетие в России стал формироваться кодекс законов в области охраны здоровья населения, в котором отражены следующие направления правового регулирования:

- надзорные законы, обеспечивающие безопасные условия жизни;
- законы, регламентирующие профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни;
- права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- ответственность за правонарушения в области охраны здоровья граждан;
- регулирование профессиональной медицинской и фармацевтической деятельности;
- финансирование здравоохранения, налоги, таможенные пошлины и льготы;
- специальные законы по актуальным разделам медицины и конкретным заболеваниям.

Соблюдение законодательства в процессе разработки и реализации управленческого решения является не только проявлением правовой культуры руководителя, но и определенной гарантией успеха в достижении намеченных целей.

Принцип оптимизации управления. В процессе управления любой управляемый объект эволюционно развивается, совершенствуется. В нем возрастает упорядоченность, оптимизируется структурная организация. Основными источниками его развития являются внутренние противоречия, и от того, как своевременно выявлены эти противоречия, минимизировано или устранено их негативное влияние, зависит будущее объекта. Противоречия как диалектическая категория являются необходимым и существенным фактором эволюции любой системы. Но достижение в противоречиях определенной критической массы может привести к потере управления и, в итоге, к развалу системы.

Поэтому оптимизация управления позволяет совершенствовать структуру управляемого объекта и расширяет его функциональные возможности, что в итоге ведет к ослаблению или полному устранению негативных внутрисистемных процессов, повышая устойчивость и эффективность работы управляемой системы. Все это во многом зависит от открытости системы, восприимчивости ее к внешней информации, что характеризуется известным "принципом парашюта", который действует только в открытом состоянии. К таким типам системы, как известно, относится здравоохранение.

Проводимая сегодня реформа здравоохранения в первую очередь касается оптимизации системы управления отраслью. Переход от командно-административных к социально-психологическим и экономико-математическим методам управления возможен только эволюционным путем. Но прежде всего

должна произойти эволюция в сознании самих руководителей органов управления и отдельных организаций здравоохранения. В итоге должен сформироваться новый тип руководителя-менеджера, нацеленного на достижение конечного результата в своей управленческой деятельности — повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

Принцип достаточности в централизации и децентрализации управления. Этот основополагающий принцип управления дает ответы на важнейшие и имеющие большое практическое значение вопросы. Какое решение должен принять руководитель: сконцентрировать всю полноту власти в своих руках или делегировать большую часть ее коллективу? Как достичь оптимального баланса в централизации и децентрализации управления?

Централизация и децентрализация власти — по сути дела два взаимосвязанных процесса, предусматривающих концентрацию власти и ее распределение, централизованное управление и самоуправление. Баланс, который устанавливается между ними, очень динамичен и может быть нарушен в ту или иную сторону, но чаще — в пользу централизованной власти. Централизация как одна из сторон демократических форм управления должна гибко сочетаться с децентрализацией и создавать необходимые условия для нижестоящих звеньев в системе управления здравоохранением, позволяющие им эффективно выполнять возложенные на них обязанности.

Централизация управления имеет несомненные преимущества при решении глобальных, стратегических задач, а также в случаях возникновения чрезвычайных, экстремальных ситуаций (война, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, которые сопровождаются большими санитарными потерями).

Децентрализация управления характеризуется передачей на нижние иерархические уровни управления функций, которые прежде были закреплены за звеньями управления более высоких уровней или входили в компетенцию вышестоящих органов. Эта форма управления освобождает исполнителей от ненужной опеки, стимулирует инициативу, раскрывает потенциальные возможности личности.

Децентрализация оправдана, если на низших уровнях управленческой иерархии принимаются обоснованные и результативные тактические решения, которые не противоречат решениям, принимаемым на стратегическом уровне управления. Другими словами, при наличии продуманной стратегии (концепции) развития здравоохранения на федеральном уровне больше прав, а соответственно и обязанностей можно передать органам управления здравоохранением субъектов РФ.

Аналогично, разработка эффективной политики охраны здоровья населения на уровне субъекта РФ позволит делегировать многие полномочия по ее реализации органам управления здравоохранением муниципальных образований. Децентрализация ряда управленческих функций оправдана и при территориальной разобщенности структурных подразделений крупных, многопрофильных организаций здравоохранения.

С реализацией принципа достаточности в централизации и децентрализации управления связано такое понятие, как **норма управляемости руководителя**. Научные исследования и анализ практического опыта управления позволили выявить критерии и показатели, характеризующие оптимальное количество должностных связей между руководителем и подчиненными в процессе их взаимодействия. Французский исследователь В. Грейкунас обосновал эту зависимость формулой, где число всех видов связей между руководителем и его подчиненными описывается следующим выражением:

$$K = n[2^{n-1} + (n - 1)],$$

где n — число подчиненных; K — количество взаимосвязей.

Расчеты, проведенные по формуле В. Грейкунаса, показывают, что если, например, у руководителя в непосредственном подчинении имеется четыре исполнителя, то в среднем количество вопросов и обращений к нему в течение рабочего дня будет порядка 44 и так далее по возрастающей.

Норма управляемости руководителя зависит от многих факторов:

- типа медицинского учреждения (многопрофильное, специализированное);
- оснащенности труда руководителя техническими средствами управления (современная оргтехника, использование информационных технологий, эффективность действующих коммуникационных связей и т. д.);
- места руководителя в иерархической структуре управления системой здравоохранения (сложность решаемых проблем, мера ответственности, сила эмоциональной нагрузки);
- знаний и практического опыта руководителя.

Таким образом, в результате проводимых расчетов и эмпирическим путем установлено, что оптимальная норма управляемости колеблется от трех до семи непосредственно подчиненных руководителю исполнителей. Любопытное подтверждение этих выводов — организационная структура армии Древнего Рима, которая строилась на принципе шестерки: 6 манипул — центурия, 6 центурий — когорта, 6 когорт — леги-

он. В Советской Армии длительное время соблюдался следующий организационный принцип: 3 взвода — рота, 3 роты — батальон, 3 батальона — полк.

С принципом достаточности централизации и децентрализации управления тесно взаимосвязаны два последующих принципа — единоначалия и делегирования полномочий.

Принцип единоначалия означает *предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций, с установлением персональной ответственности за результаты работы.* Этот принцип, как правило, оправдан и реализуется в системе управления с высоким уровнем централизации власти.

Во многом эффективная реализация этого принципа зависит от **авторитета руководителя**. Что же такое авторитет руководителя? *Это концентрированное отражение в решениях руководителя и в сознании подчиненных убеждающего потенциала его личности.* Личный авторитет представляет собой разновидность власти над людьми. Для самого руководителя авторитет определяется силой влияния на сотрудников, а для подчиненных — степенью оказываемого ему доверия. При этом надо различать авторитет официальный, который определяется занимаемой должностью, и реальный. Уровень должностного авторитета формально зависит от занимаемой должности. Реальный авторитет определяется прежде всего личными и профессиональными качествами руководителя и характеризуется фактическим влиянием на процесс управления, доверием и уважением со стороны коллег. Авторитет следует рассматривать как фактор, облегчающий управление, повышающий его эффективность.

Принцип делегирования полномочий. В самом названии этого принципа заключен его главный смысл: передача руководителем части своих функций подчиненным без активного вмешательства в их действия. В практическом плане важно знать, когда целесообразно применять этот принцип. Перед руководителем постоянно встают вопросы: в каком объеме следует передавать подчиненным управленческие функции? Какие методы контроля необходимо применять при этом?

Итак, принцип делегирования полномочий состоит в передаче руководителем части своих прав, обязанностей и меры ответственности подчиненным ему сотрудникам. В итоге руководитель получает возможность освободиться от текущих дел и сконцентрировать свой интеллектуальный и организаторский потенциал на решении задач более сложного уровня управления. Одновременно реализация этого принципа предоставляет большие возможности для повышения квалифика-

ции сотрудников, способствует мотивации их труда, проявлению инициативы и самостоятельности. При этом очень важно соблюдение норм управляемости.

Делегирование полномочий целесообразно и в том случае, когда руководитель готовит на свое место преемников.

В реализации этого принципа есть и такой деликатный аспект, как организация контроля за работой подчиненных, которым делегированы дополнительные полномочия: мелочная опека ничего не дает, а отсутствие контроля может сделать ситуацию неуправляемой. Решение проблемы — в эффективных формах обратной связи руководителя с подчиненными, возможности свободного обмена информацией, наличии доверительных отношений и здорового психологического климата в коллективе.

Итак, принцип делегирования полномочий будет эффективен при следующих условиях:

- подчиненные знают и понимают, какие обязанности делегированы им, сознают меру своей ответственности;
- сотрудник заблаговременно психологически и профессионально подготовлен к выполнению своих новых функций;
- в коллективе действуют механизмы стимулирования и мотивации;
- исполнитель свободен в своих действиях и вправе идти на оправданный риск;
- независимо от изменения горизонтальных и вертикальных связей соподчиненности в коллективе продолжает действовать эффективная система контроля.

Однако, несмотря на всю очевидность и возникающую в процессе управления потребность делегировать полномочия, далеко не все руководители используют этот принцип по следующим соображениям:

- страх потерять власть и занимаемую должность;
- амбициозность и недоверие к подчиненным;
- боязнь получить негативную оценку своих действий со стороны коллег и вышестоящего руководства.

Только высокий уровень общей и профессиональной культуры, знание психологических аспектов управления персоналом позволяют руководителю избежать этих проблем во взаимоотношениях с подчиненными и в полной мере, при необходимости, использовать принцип делегирования полномочий.

6.3. Стили управления

С личностью руководителя во многом связан стиль управления. **Стиль управления** — это *индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности*. Стиль управления во многом формируется также под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

В теории управления используются три подхода к определению стиля руководства:

- личностный подход;
- поведенческий подход;
- ситуационный подход.

К личным качествам руководителя относятся высокий уровень знаний и интеллекта, честность, правдивость, инициативность, уверенность в себе. Однако нельзя говорить о каком-то обязательном наборе или некоей сумме конкретных качеств, которые обязательно дадут эффективный результат в управлении. В различных ситуациях руководителю необходимо использовать различные качества, что позволяет ему избирательно влиять на процесс управления с учетом складывающихся обстоятельств. Сторонники поведенческого подхода считают, что эффективность влияния на процесс управления определяется не только личными качествами руководителя, но и формами его поведения с подчиненными в процессе достижения поставленных целей, т. е. стилем управления.

В общепринятом смысле **стиль управления** — это *совокупность наиболее характерных и устойчивых методов и форм работы руководителя с подчиненными*. Наиболее распространены следующие четыре стиля управления:

- авторитарный;
- либеральный;
- демократический;
- динамичный.

Авторитарный стиль руководства — совокупность характерных черт руководителя, приемов и средств деятельности, его поведение и взаимоотношения с подчиненными, абсолютизирующие власть в одних руках. Предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Не следует смешивать с административно-авторитарным стилем руководства, эффективно используемым в экстремальных ситуациях.

Для авторитарного стиля управления характерно преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля ориентируются прежде

всего на дисциплину и жесткий контроль за деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власти принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и даже, в отдельных случаях, подавляется. Исключительное право на новые идеи, оценку результатов имеет только руководитель. Руководитель авторитарного стиля нередко резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен, болезненно реагирует на критику. Иногда под этой маской скрывается его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

Либеральный стиль управления еще называют формальным, анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для **демократического стиля** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечают тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным стилем для руководителя признан по сути дела совершенно новый стиль управления — **динамичный**. Для такого стиля руководства характерны: четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность идти в разумных пределах на риск, деловитость и предприимчивость, непримиримость к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опора на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Безусловно, представленное разделение руководителей по стилю их управления является довольно условным, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководства.

6.4. Уровни управления в системе здравоохранения

В системе управления здравоохранением на уровне субъекта Российской Федерации, административной территории, отдельно взятой организации здравоохранения выделяют три уровня:

- стратегический;
- тактический;
- оперативный.

На **стратегическом уровне** разрабатывается прогноз развития ситуации, определяются приоритеты, формируются цели и задачи, разрабатываются модели конечных (прогнозируемых) результатов. Это, пожалуй, самый сложный и ответственный уровень в системе управления здравоохранением. В функции стратегического уровня входит разработка и принятие решений с учетом реальных и потенциальных возможностей систем здравоохранения страны, субъектов РФ.

От правильности выбранных приоритетов, четкости поставленных целей и задач, корректности разработанных моделей конечных результатов зависит эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов, повышение уровня и качества различных видов оказываемой населению медицинской помощи и в конечном итоге — здоровье население.

Таким образом, на стратегическом уровне лежит колоссальная ответственность за последствия принятых решений.

Тактический уровень несет ответственность за оптимальное распределение ресурсов в соответствии с выбранным на стратегическом уровне решением. Этот уровень отвечает за организацию работы отдельных служб и организаций здравоохранения.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение принятых выше решений в своих подразделениях. Оперативный уровень отвечает за практическую реализацию принятых на стратегическом и тактическом уровнях решений. На этом уровне управления в полной мере реализуются такие функции, как учет, анализ, контроль.

6.5. Методы управления здравоохранением

Методы руководства — это *способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в целях решения поставленных перед ним задач*. Различают следующие методы управления здравоохранением:

- организационно-распорядительные;
- экономико-математические;
- социально-психологические;
- общественные, или коллективные.

Организационно-распорядительные методы управления базируются на организационных отношениях между людьми. Эти методы используются для распределения функций, обязанностей, ответственности, полномочий, установления регламента деловых взаимоотношений. Эти методы позволяют компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые параметры путем директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т. д.

Этими методами обеспечивается взаимодействие между отдельными структурными элементами системы или организации здравоохранения. Организационная структура является одним из важнейших элементов управления. В организации здравоохранения основными элементами являются его профилактические, лечебные и диагностические отделения и другие структурные подразделения. Между этими структурными элементами существуют строго определенные связи, которые могут быть:

- вертикальными (линейными), которые определяют иерархию подчинения;
- горизонтальными (функциональными), которые определяют согласованность действий между подразделениями.

Как правило, эти связи существуют одновременно и называются линейно-функциональными связями.

В настоящее время в управлении здравоохранением все большую приоритетность приобретают **экономико-математические методы управления**, которые включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, методы статистического анализа. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, которые позволяют материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи (подробно эти методы представлены в соответствующих лекциях настоящего курса).

Социально-психологические методы управления можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы в целом и на отдельных работников в частности. Это умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе. Поэтому в задачи руководителя органа управления или организации здравоохранения входит формирование психоло-

гически совместимых, профессионально зрелых и экономически эффективно работающих коллективов.

Общественные, или коллективные, методы управления подразумевают демократизацию управления, т. е. расширение участия работников в выполнении управленческих функций. При этом используются такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы трудовых коллективов, которые создаются при руководителе организации здравоохранения в качестве совещательного органа. Как правило, в состав этих совещательных органов включаются заместители главного врача, руководители общественных организаций и те специалисты, которые пользуются авторитетом в коллективе и имеют большой профессиональный багаж знаний. Надо отметить, что решения коллегии или совета не имеют юридической силы, но на основании их руководитель организации здравоохранения может издать приказ, закрепляя юридически эти решения.

6.6. Основные функции управления в здравоохранении

Как видно из сказанного выше, управление является очень многогранным и системным видом человеческой деятельности, что и определяет наличие в нем многих функций.

Основными функциями управления в здравоохранении являются:

- прогнозирование;
- планирование;
- нормирование;
- стандартизация;
- организация;
- координация;
- мотивация;
- маркетинг;
- контроль и учет.

Эти функции в совокупности составляют управленческий цикл и определяют конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации управленческого решения.

Некоторые из этих функций (организация, координация, мотивация, контроль и учет) мы разберем в этой лекции. Другие (прогнозирование, планирование, маркетинг, стандартизация) станут предметом рассмотрения самостоятельных лекций.

Организация. Термин "организация" (от лат. organizo —

придаю стройный вид, устраиваю) имеет в управлении двойной смысл. С одной стороны, это некий субъект права, юридическое лицо, коллектив, усилия которого направлены на достижение конкретных, общих для всех членов этого коллектива целей. С другой стороны, "организация" как функция управления — это процесс по формированию структуры организации, обеспечению ее деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы, т. е. созданию необходимых условий для достижения поставленных целей. Основной показатель высокой организации управления — ее быстрая реакция на изменение окружающей среды, особая чувствительность к достижениям научно-технического прогресса, к рыночной конъюнктуре.

Управленческая деятельность человека во многом зависит от ее организационных начал. Самое взвешенное управленческое решение останется всего лишь пожеланием, если не будет организовано его исполнение. В общем плане задачу организации управления на любом уровне можно определить как обеспечение перехода системы (объекта) управления из имеющегося состояния в желаемое. Таким образом, главной задачей организации управления является определение способов и механизмов достижения, с наименьшими затратами и в минимальные сроки, запланированных в процессе реализации управленческого решения результатов.

Очень интересным является предложение известных американских специалистов в области менеджмента Т. Питерса и Р. Уотермана рассматривать организацию как единство семи основных переменных S: структуры (strukture), стратегии (strategy), системы и процедур управления (systems), совокупности приобретенных навыков (skills), стиля управления (style) и состава кадров (staff).

Координация — функция управления, которая обеспечивает согласованность действий всех участников процесса управления, согласование локальных целей и задач с глобальной целью, в результате чего достигается бесперебойность и непрерывность в реализации управленческого решения.

Таким образом, основная задача координации в управлении здравоохранением — это достижение согласованности в работе всех звеньев системы или отдельных организаций здравоохранения путем установления коммуникаций между ними. Различают три аспекта коммуникации: технический, семантический и прагматический. *Технический аспект* определяет способы передачи информации (бумажные, электронные носите-

ли информации, аудио- и видеозаписи и др.); *семантический аспект* коммуникации отражает факт передачи и приема информации, включая ее понимание пользователем; *прагматический* — учитывает влияние этой информации на дальнейший процесс реализации управленческого решения. С помощью этих и других форм связи устанавливается взаимодействие между объектами и субъектами управления (как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскостях), осуществляется маневрирование ресурсами, обеспечивается единство организационно-методических подходов в реализации всех функций управления.

Мотивация — комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления индивидуальных или общих для организации целей. При всей простоте и ясности этого определения теория и практика мотивации непросты, так как истинные побуждения, которые заставляют человека отдавать работе максимум времени, физических и духовных сил, делать ее качественно, очень сложны и многообразны.

Существует множество теорий, являющихся базовыми для формирования мотивации в коллективах. Приведем некоторые из этих теорий:

- классическая теория;
- теория человеческих отношений;
- теория человеческих ресурсов.

При этом ни одну из них нельзя считать универсальной. Скорее, синтез и сочетание отдельных элементов каждой из них позволяет учитывать многообразную палитру психологических особенностей работающих в коллективе.

Классическая теория. Труд большинству работников не приносит удовлетворения. То, что они делают, менее важно для них, нежели то, сколько они зарабатывают. При этом главная задача руководителя — разложить задачи на более легкоусвояемые, простые и повторяющиеся операции, обеспечить строгий контроль за работой подчиненных.

Теория человеческих отношений. Индивиды стремятся быть полезными и значимыми, они испытывают желание быть максимально интегрированными в трудовую деятельность и признанными. Это является для них, в процессе побуждения и мотивации труда, более важным, чем деньги. В такой ситуации руководитель должен предоставлять своим подчиненным возможность определенной самостоятельности и определенного личного контроля в процессе трудовой деятельности. Факт обмена информацией и вовлечение подчиненных в процесс выработки управленческих решений позволяет руководи-

телю удовлетворить основные потребности коллег по взаимодействию и в чувстве собственной значимости.

Теория человеческих ресурсов. Труд большинству работников приносит удовлетворение. Большинство из них способны к самостоятельности, творчеству, ответственности, личному контролю, а также возможности реализовать себя на более высокой ступеньке должностной лестницы, чем та, которую они занимают. В таких случаях главной задачей руководителя является лучшее использование человеческих ресурсов. Он должен создать такую обстановку, в которой каждый человек может максимально проявить свои способности. Он должен способствовать максимальному вовлечению своих подчиненных в решение важнейших проблем организации, системы здравоохранения в целом, постоянно расширяя их самостоятельность и самоконтроль.

Знаменитый метод "кнута и пряника", социалистическая система моральных и материальных стимулов — уже в то время не всегда давала ожидаемые результаты, тем более мало-приемлема она в новых условиях формирования человеческих отношений. Для эффективного стимулирования деятельности необходимо знать желание человека, его надежды, опасения. Вспомним ответ Екатерины II на вопрос, почему дворянство так безоговорочно выполняет ее решения: "Потому что я велю им лишь то, чего они сами хотят".

Эффективность деятельности человека зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют четкое понимание цели своей работы, вероятность достижения этой цели и система материальных и моральных стимулов. Эту зависимость эффективности труда (E) от перечисленных факторов В. И. Кнорринг выразил следующей функцией:

$$E = f(C, V, S),$$

где C — цель деятельности личности, важность и значимость достижения поставленной цели; V — вероятность достижения цели; S — ожидаемое вознаграждение при достижении цели.

Формула убедительно показывает важность предварительной информированности работника об актуальности поставленной перед ним задачи, о степени сложности достижения цели и о вознаграждении, которое будет итогом его деятельности.

Если руководитель не знает потребностей своих подчиненных, то его попытка обеспечить мотивацию деятельности а priori обречена на провал. При этом важно знать, что человеком движет не одна изолированная потребность, а их сочетания, причем приоритеты потребностей могут меняться, что

убедительно обосновал в своей концепции определения иерархических уровней потребностей человека известный американский психолог А. Маслоу (см. иллюстрации к лекции).

Контроль и учет. Процесс управления протекает в условиях постоянно меняющейся ситуации и характеризуется различной степенью неопределенности. Достигло ли управляющее воздействие поставленных целей? Нуждаются ли в корректировке управленческие решения? На эти и другие вопросы дает ответ система контроля как одна из важнейших функций управления. Эффективно организованный контроль ориентирован, прежде всего, на решение стратегических задач, на конечные результаты работы.

За годы советской власти накоплен большой опыт обеспечения контрольных функций как одних из главных рычагов управления народно-хозяйственным комплексом в те годы. Сотни тысяч людей, десятки тысяч организаций осуществляли проверки, ревизии, контролировали ход выполнения программ, планов, сопоставляли данные отчетов, обеспечивая тем самым контроль во всех сферах жизни общества.

Современная теория управления выработала четкие требования к контролю: он должен быть **оперативным, гласным и объективным**. С другой стороны, контроль, если говорить о его психологических аспектах, не должен только выполнять карательные функции, а должен быть формой проявления внимания к работнику, инструментом мотивации его трудовой деятельности. И, наконец, контроль должен быть экономически целесообразным.

Слово "контроль", как и слово "власть", рождает прежде всего отрицательные эмоции. Для многих людей контроль означает в первую очередь ограничение, принуждение, отсутствие самостоятельности, в общем, все то, что прямо противоположно нашим представлениям о свободе личности. И, в принципе, это верно, поскольку одна из функций контроля — обеспечить подчинение кого-либо кому-либо. Однако сводить контроль просто к ограничениям, исключающим возможность проявления инициативы, творческой активности, означает значительно снизить эффективность самого процесса управления. Поэтому контроль надо рассматривать как одну из функций управления в обеспечении достижения поставленных целей.

В китайской "Книге перемен" ("Ицзин"), созданной еще три тысячи лет назад, задолго до того, как возникла теория науки управления, говорится: "Когда умный человек видит, почему он добился успеха, он делает так снова. Когда он видит ошибки, он не повторяет их".

Контроль — важнейший элемент процесса управления. Ни одну из функций управления (планирование, нормирование, организацию, стандартизацию, мотивацию) нельзя рассматривать в отрыве от контроля. В теории и практике управления действует три основных вида контроля: предварительный, текущий и заключительный.

Предварительный контроль. Основными средствами осуществления предварительного контроля является реализация определенных правил и процедур. В организациях предварительный контроль используется в трех ключевых областях: по отношению к человеческим, материальным и финансовым ресурсам.

Человеческие ресурсы. Предварительный контроль в области человеческих ресурсов достигается за счет тщательного анализа деловых качеств, профессиональных знаний и навыков для выполнения тех или иных должностных обязанностей и отбора наиболее подготовленных и квалифицированных кадров. Для этого разрабатываются образовательные стандарты и квалификационные характеристики.

Материальные ресурсы. Контроль осуществляется путем сопоставления фактических характеристик лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, продуктов лечебного питания и др. с установленными стандартами.

Финансовые ресурсы. Подробно методика организации и проведения финансового контроля изложена в лекции III.

Текущий контроль. Как следует из названия, текущий контроль осуществляется непосредственно в ходе процесса управления в здравоохранении. Чаще всего его объектом является медицинский персонал, а также результаты оказания различных видов медицинской помощи. Налаженная система текущего контроля, обсуждение возникающих проблем позволяют исключить значительные отклонения в качестве оказываемой населению медицинской помощи. Текущий контроль, как правило, не проводится одновременно с выполнением самой работы. Скорее, он базируется на сопоставлении полученных фактических результатов с установленными стандартами после оказания тех или иных видов медицинской помощи или услуг. Для осуществления текущего контроля субъекту управления необходима обратная связь с управляемым объектом. Система обратной связи позволяет руководителю органа управления или организации здравоохранения вовремя выявлять непредвиденные проблемы или отклонения от заданных стандартов или ожидаемых результатов, внося своевременные коррективы и обеспечивая, таким образом, решение постав-

ленных задач и достижение намеченных целей. Одной из эффективных форм текущего контроля в управлении системой здравоохранения на федеральном уровне или уровне субъекта РФ является система мониторинга территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Заключительный контроль. Хотя заключительный контроль осуществляется после реализации управленческого решения, когда, казалось бы, поздно, чтобы отреагировать на появившуюся проблему, тем не менее он имеет две существенно важные функции: одна из них состоит в том, что заключительный контроль дает руководителю информацию, необходимую для процесса управления, в случае если аналогичные управленческие решения предполагается реализовать в будущем. Сравнивая фактически полученные и ожидаемые результаты, руководитель имеет возможность оценить, насколько реалистичны были разработанные им планы. Эта процедура позволяет также получить информацию о возникающих проблемах и сформулировать новые решения, чтобы разрешить эти проблемы в будущем.

Вторая функция заключительного контроля состоит в том, чтобы способствовать мотивации. Если руководитель органа управления или организации здравоохранения связывает мотивационные вознаграждения с достижением определенного уровня результативности, то очевидно, что фактически достигнутые результаты надо измерять точно и объективно.

Процесс контроля. В процедуре контроля существует три четко различаемых этапа:

- выработка стандартов и критериев;
- сопоставление с ними реальных результатов;
- принятие необходимых корректирующих действий.

Если методика реализации первых двух этапов подробно описана в лекциях IX и XI, то третий, заключительный, этап требует дополнительного пояснения. Подойдя в процессе выполнения контрольных функций к третьему этапу, руководитель встает перед выбором одного из трех вариантов решений:

Первое — ничего не предпринимать, считая, что процесс управления обеспечил реализацию плана и были достигнуты ожидаемые результаты.

Второе — внести необходимые коррективы для недопущения полученных отклонений на последующих этапах реализации программы или по ее завершении.

Третье — подумать о том, что не все зафиксированные отклонения от стандартов следует устранять. В отдельных случаях сами стандарты могут оказаться нереальными или устарев-

шими. Поэтому вариантом управленческого решения на этом, заключительном, этапе контроля может быть не внесение коррективов в действующую систему управления, а изменение самих стандартов как критериев оценки ожидаемых результатов.

Поведенческие аспекты контроля. Реализация контрольных функций в управлении может привести как к позитивным, так и к негативным психологическим последствиям, влияющим на поведение персонала. В одних случаях система контроля может привести к укреплению трудовой дисциплины, повышению эффективности труда и, как ожидаемый итог этого, повышению качества медицинской помощи. В других случаях результатом контроля могут быть психологические срывы в поведении отдельных сотрудников и возникновение конфликтов в коллективе. Известным специалистом в области управления — профессором Уильямом Ньюменом сформулированы пять рекомендаций для менеджеров, позволяющие, по его мнению, избежать непреднамеренного негативного воздействия контроля на поведение сотрудников и таким образом повысить эффективность их труда:

- *необходимо устанавливать осмысленные стандарты, воспринимаемые сотрудниками:* люди должны верить, что стандарты, используемые для оценки их деятельности, действительно достаточно полно и объективно отражают их работу.
- *необходимо устанавливать двустороннее общение:* если у подчиненного возникают какие-либо проблемы с действующей системой контроля, у него должна быть возможность открыто обсудить их с руководителем, не опасаясь при этом остаться непонятым;
- *необходимо избегать чрезмерного контроля:* руководитель не должен перегружать своих подчиненных многочисленными формами контроля, иначе это будет поглощать их внимание и в итоге приведет к обратным результатам — снижению эффективности и качества работы;
- *необходимо устанавливать жесткие, но достижимые стандарты:* согласно мотивационной теории ожидания, можно мотивировать людей на работу для достижения только тех целей, которые они склонны считать реальными. Таким образом, если стандарт воспринимается как нереальный или несправедливо высокий, он может разрушить мотивационные установки работника. Аналогично, если стандарт установлен на столь низком уровне, что достичь его не составляет большого труда, это обстоятельство может оказать демотивирующее воздей-

ствие на людей с высоким уровнем возможностей в достижении высоких результатов;

- *необходимо вознаграждать за достижение стандарта*: руководитель должен справедливо вознаграждать сотрудников за достижение установленных стандартов результативности. Согласно теории ожидания, существует четкая взаимосвязь между результативностью и вознаграждением. Если работник не ощущает такой связи или чувствует, что вознаграждение не справедливо, эффективность и качество его труда в дальнейшем может упасть.

6.7. Виды управленческих решений

Управленческое решение — это *директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели.*

Это результат анализа, прогнозирования, оптимизации, экономического и медико-социального обоснования и выбора единственного из множества вариантов решения для достижения поставленной цели.

Управленческое решение принимается полномочным руководителем (лицом, ответственным за принятие управленческого решения) в пределах предоставленных ему полномочий, с учетом действующего законодательства. Управленческие решения классифицируются по различным признакам:

- *по времени реализации решения* (стратегические, тактические, оперативные, рутинные);
- *по степени участия коллектива, отдельных специалистов* (индивидуальные, коллегиальные);
- *по содержанию управленческого процесса* (медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические и др.);
- *учитывающие стиль и характерологические особенности руководителя* (интуитивные, основанные на суждениях, уравновешенные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные и др.).

Остановимся подробнее на решениях, учитывающих стиль управления и характерологические особенности руководителя. Практика показывает, что именно эти обстоятельства (характеристики) зачастую оказывают решающее значение в принятии того или иного решения, а следовательно, во многом определяют его последствия.

Интуитивные решения. При принятии интуитивного решения люди основываются на собственном ощущении того, что их выбор правильный, не следуя какой-либо логике.

Здесь присутствует своего рода озарение. Несмотря на то что с опытом интуиция обостряется, руководитель, который ориентируется только на нее, становится заложником случайностей, с разными, во всевозможных ситуациях, шансами на правильный выбор. Однако в совершенно незнакомой, экстремальной ситуации, требующей принятия оперативных решений, интуиция может оказаться верным и единственным средством выхода из создавшегося положения.

Решения, основанные на суждениях. Во многом сходны с интуитивными, вероятно, потому, что, на первый взгляд, в них слабо просматривается логика. В основе их лежат знания и осмысленный опыт прошлого. Используя этот опыт, с поправкой на текущие обстоятельства, руководитель выбирает тот вариант решения, который принес наибольший результат в аналогичной ситуации в прошлом. В стабильно работающих системах и организациях, когда ситуации имеют тенденцию к частым повторениям, принятие решений на основе суждений, безусловно, полезно и является основой для выработки запрограммированных решений. В то же время слабость этого подхода состоит в том, что суждения нельзя соотнести с ситуацией, которая прежде не имела места, и поэтому опыта ее решения нет. Кроме того, руководитель при таком подходе стереотипно стремится действовать преимущественно в направлениях хорошо ему известных, сознательно или бессознательно отказываясь от вторжения в другие области, упуская, таким образом, дополнительные возможности.

Уравновешенные решения — принимают руководители, внимательно и критически относящиеся к своим действиям, выдвигаемым гипотезам и их проверке. Как правило, прежде чем приступить к принятию решения, они имеют сформулированную исходную идею.

Импульсивные решения — принимаются эмоционально, без должного обоснования и проверки, что называется "с наскока". Эти решения часто оказываются недостаточно верными и результативными.

Инертные решения — становятся результатом осторожного поиска. В них, наоборот, контрольные и уточняющие действия преобладают над генерированием идей, поэтому в таких решениях отсутствуют современность, оригинальность, новаторство.

Рискованные решения — связаны с принятой руководителем ответственностью за реализацию разработанного управленческого решения без полной уверенности (гарантии) в по-

ложительном конечном результате. Такие решения оправданы, когда руководитель обладает специальными качествами: инициативностью, смелостью, большой компетентностью — и принимает решение на основе глубокого анализа ситуации. При этом он не упускает возможности оценить степень риска принимаемого решения с помощью специальных методов математической статистики и теории вероятностей.

Осторожные решения — характеризуются тщательностью оценки руководителем всех альтернативных вариантов решения, очень критичным подходом к делу, исключением какого бы то ни было риска. Они в еще меньшей степени, чем инертные, отличаются новизной и оригинальностью.

Перечисленные виды решений принимаются в основном для оперативного управления организацией здравоохранения, решения конкретных вопросов. Для стратегического и тактического управления используются различные методы математического, экономического анализа, которые подробно изложены в лекции XIII (I часть Курса лекций) и в лекции VII (III часть Курса лекций). Но ни один из этих методов не даст желаемого результата без интуиции и озарения руководителя, принимающего решение.

6.8. Технология разработки и реализации управленческого решения

Прежде чем перейти к технологии разработки и принятия управленческих решений в здравоохранении, перечислим основные причины, обусловившие необходимость это делать.

В. И. Стародубов, Ю. И. Михайлова и др. выделяют восемь основных причин, побуждающих руководителя принимать управленческие решения:

№	Причина	%
1.	Возникновение нового в состоянии управляемой подсистемы	4,6
2.	Отклонение в функционировании управляемой подсистемы	24,9
3.	Истечение срока действия предыдущего решения	10,2
4.	Необходимость коррекции ранее принятого решения	19,7
5.	Невыполнение предшествующего решения из-за недостаточной ответственности исполнителей	9,0
6.	Контроль деятельности учреждений и подразделений здравоохранения	8,4
7.	Организация и проведение мероприятий (медицинское обслуживание призывников, делегатов и прочие)	12,4
8.	Необходимость решения текущих вопросов	11,0
	Итого...	100

Технология принятия управленческого решения представляет собой самый сложный, замкнутый управленческий цикл, который включает в себя следующие основные этапы:

- диагностика управленческой проблемы или задач;
- предварительная постановка цели;
- сбор необходимой информации;
- анализ информации;
- уточнение и окончательная формулировка целей, моделей конечных результатов;
- обоснование и построение формализованной модели проблемной ситуации;
- разработка альтернативных вариантов решения проблемы;
- выбор метода решения;
- экономическое обоснование выбранного решения;
- согласование решения с вышестоящими органами управления;
- окончательное оформление и утверждение решения;
- организация выполнения решения;
- контроль выполнения решения;
- стимулирование исполнителей в повышении качества работ, экономии ресурсов, соблюдении сроков;
- анализ отдельных этапов выполнения решения, внесение (при необходимости) в него коррективов;
- анализ достижения поставленных целей и моделей конечных результатов (по завершении сроков исполнения решения).

Принятие управленческого решения является директивным актом, обязательным для исполнения, и выполняет три основные функции.

Первая из них — направляющая. Особая значимость данной функции состоит в том, что все последующие этапы управления (организация и контроль) осуществляются для реализации целей и задач, сформулированных в управленческом решении. *Второй функцией* решения является координация и согласование деятельности. Управленческое решение определяет место каждого исполнителя, структурного подразделения в решении задач, стоящих перед системой (организацией) здравоохранения, согласовывает и координирует их действия. Наконец, любое управленческое решение выполняет *третью*, мобилизующую (стимулирующую) функцию, которая обеспечивает наиболее полную активизацию отдельных исполнителей и трудовых коллективов для достижения сформулированных в решении целей. Управленческое решение может приниматься в форме приказа, распоряжения, рекомендаций и др.

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

- *целевая направленность* (полное соответствие поставленным целям и задачам);
- *обоснованность* (необходимость принятия этого решения, а не другого);
- *адресность* (по исполнителям);
- *непротиворечивость* (согласованность с предыдущими решениями);
- *легитимность* (соответствие правовым актам и нормативным документам);
- *эффективность* (достижение максимальных результатов с минимальными затратами);
- *конкретность во времени, в пространстве и своевременность* (принятие именно в тот момент, когда реализация решения может привести к желаемому результату).

При принятии управленческого решения в условиях рыночной экономики, изменчивости факторов окружающей среды особое значение приобретает **учет факторов риска и неопределенности при принятии решений**. Под неопределенностью понимается неполнота и неточность информации об условиях реализации программы (решения), в том числе связанных с ними затратах и результатах. Неопределенность в связи с возможностью возникновения в ходе реализации проекта неблагоприятных ситуаций и последствий характеризуется понятием риска. Факторы риска и неопределенности подлежат анализу и учету в расчетах предполагаемой эффективности программы (решения). В связи с этим в проектах очень важно предусмотреть специфические механизмы стабилизации, которые призваны обеспечить устранение возможных негативных влияний в ходе реализации проекта для предотвращения угрозы срыва достижения поставленных целей. Такими стабилизационными (компенсаторными) механизмами могут быть: создание дополнительных резервов и запасов, различные формы страхования, система взаимных санкций и др.

Требования к оформлению решений. Управленческие решения могут быть оформлены письменно в форме документов, на электронных носителях либо переданы вербальным путем (например, устные распоряжения).

Документы можно классифицировать по следующим признакам:

- *иерархический уровень нормативно-методического обеспечения* (федеральный, субъект Российской Федерации, муниципальное образование, организация здравоохранения или ее структурное подразделение, персональный);

- *правовой статус документа* — обязательные к исполнению (закон, указ, стандарт, постановление, распоряжение, приказ, положение, программа, план) и рекомендательные (инструкции, методические рекомендации, резолюции и решения совещательных органов и др.);
- *содержание документа* — медицинские (решения лечебно-контрольной, медико-социальной экспертной комиссий, план проведения медико-социального исследования, целевая медико-социальная программа и др.); финансово-экономические (бизнес-план организации здравоохранения, технико-экономическое обоснование строительства объекта здравоохранения, бюджет фонда обязательного медицинского страхования и др.); медико-организационные (устав медицинской организации, протокол ведения больного, инструкция по технике безопасности и др.).

Основные критерии качества подготовленного решения (документа):

- *комплексность*, т. е. рассмотрение в нем медицинских, социальных, организационных, экономических, экологических, правовых и др. в их взаимосвязи;
- *соответствие документа федеральным и международным требованиям*;
- *использование при разработке документа современных научных подходов* (системного, логического, виртуального, стандартизованного, маркетингового функционального, процессного, структурного, нормативного, ситуационного и других подходов);
- *использование при разработке документа современных методов* (моделирование, прогнозирование, функционально-стоимостный анализ, оптимизация и др.);
- *медико-социальная и экономическая обоснованность*;
- *перспективность, возможность тиражирования и область применения*;
- *иерархический уровень органов власти (организаций), согласовавших и утвердивших документ*;
- *соблюдение установленных стандартов на оформление документа* (однозначность в трактовке понятий и терминов, доступность и четкость изложения, наглядность и др.).

Мы подошли к завершению рассмотрения всего лишь некоторых проблем управления в здравоохранении. В последующих лекциях мы остановимся подробно на основных функциях науки управления в здравоохранении, еще раз подчеркивая, таким образом, исключительную значимость и многогранность процесса управления в реформировании системы охраны здоровья в Российской Федерации.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ VI

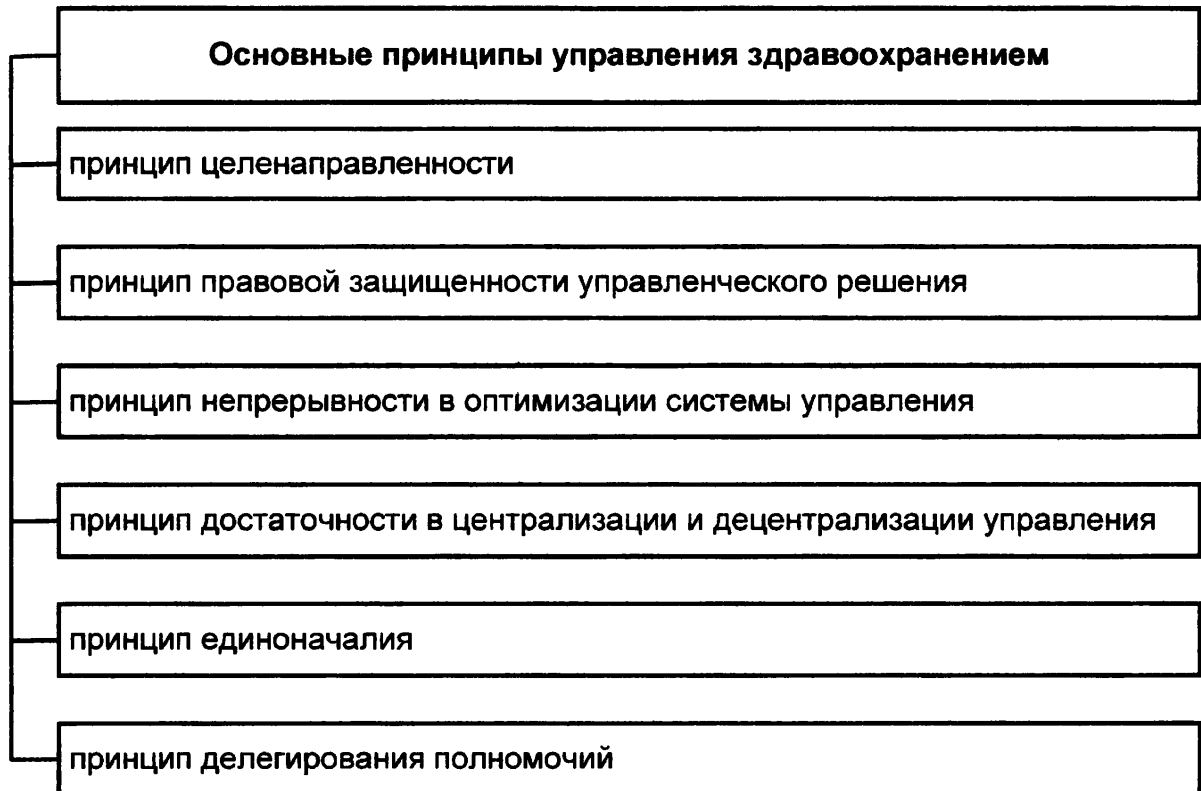


Рис. 6.1. Принципы управления здравоохранением



Рис. 6.2. Схема делегирования полномочий по уровням управления



Рис. 6.3. Стили управления

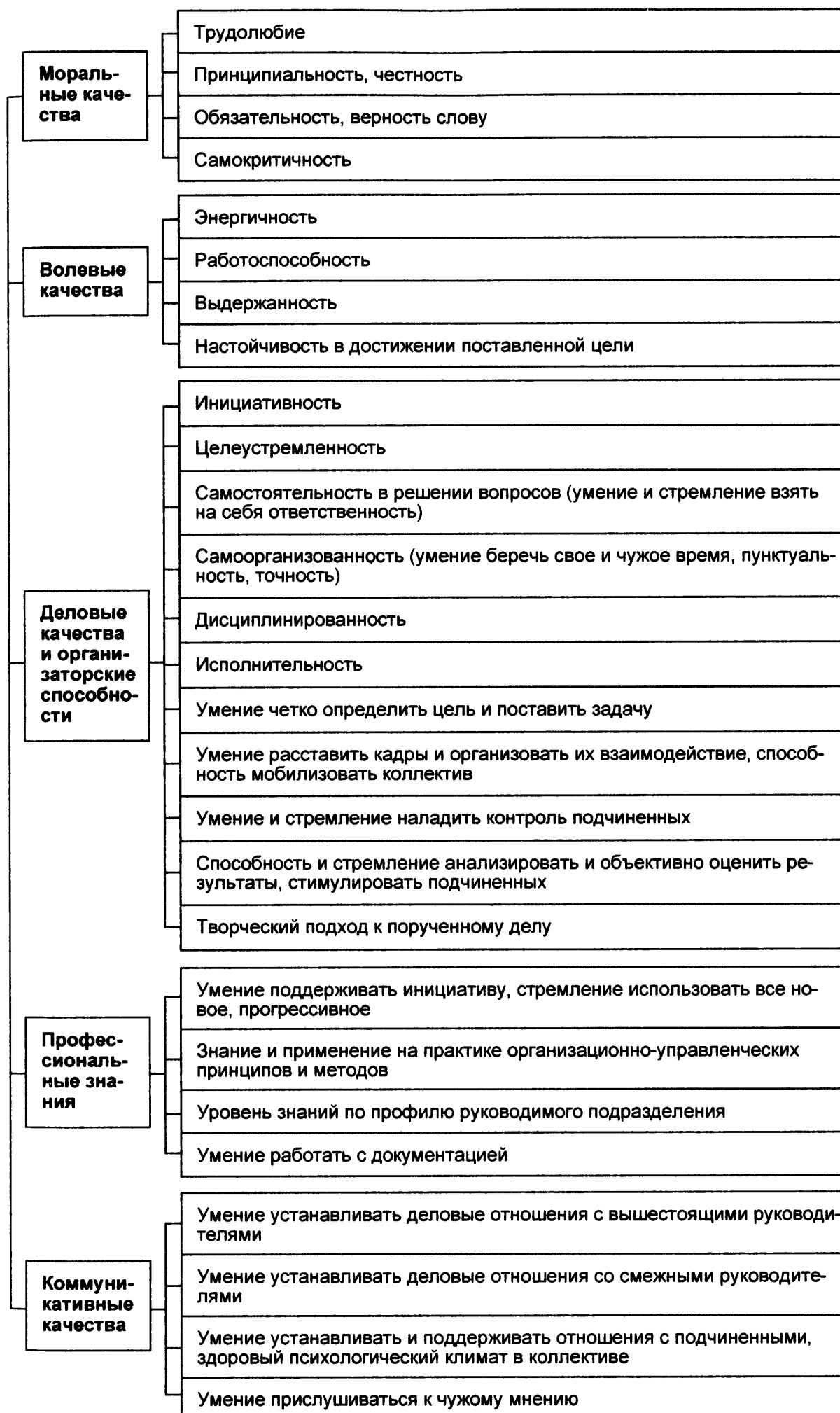


Рис. 6.4. Система оценочных качеств руководителя



Рис. 6.5. Иерархия потребностей человека (по А. Маслоу)



Рис. 6.6. Функциональная модель управления конфликтом

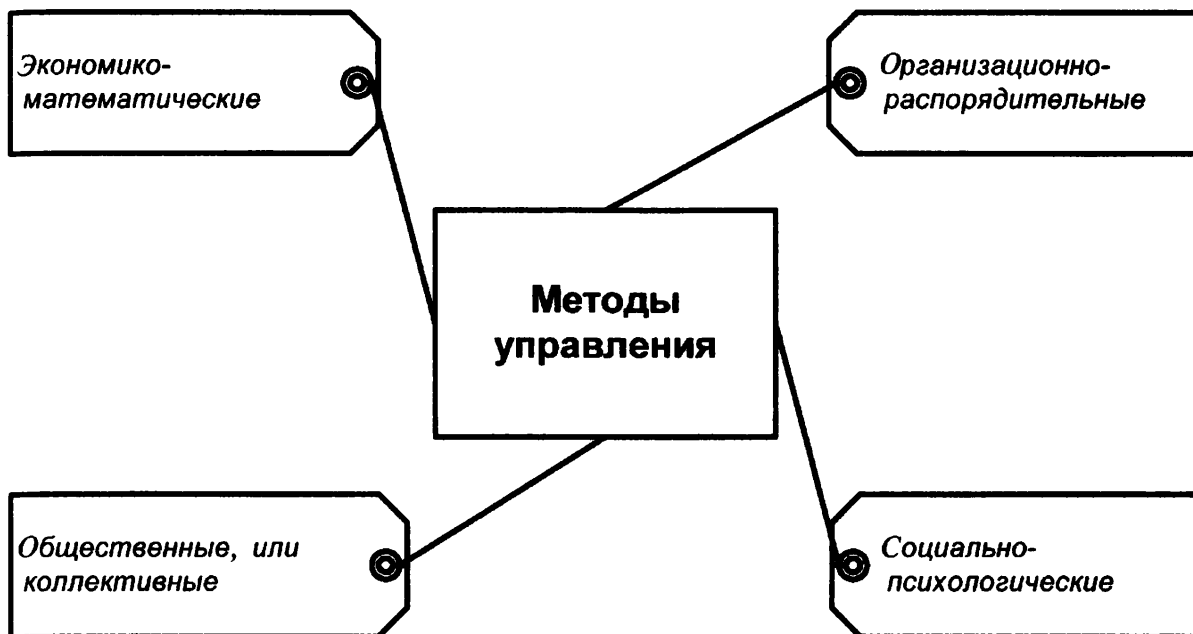


Рис. 6.7. Методы управления в здравоохранении



Рис. 6.8. Функции управления

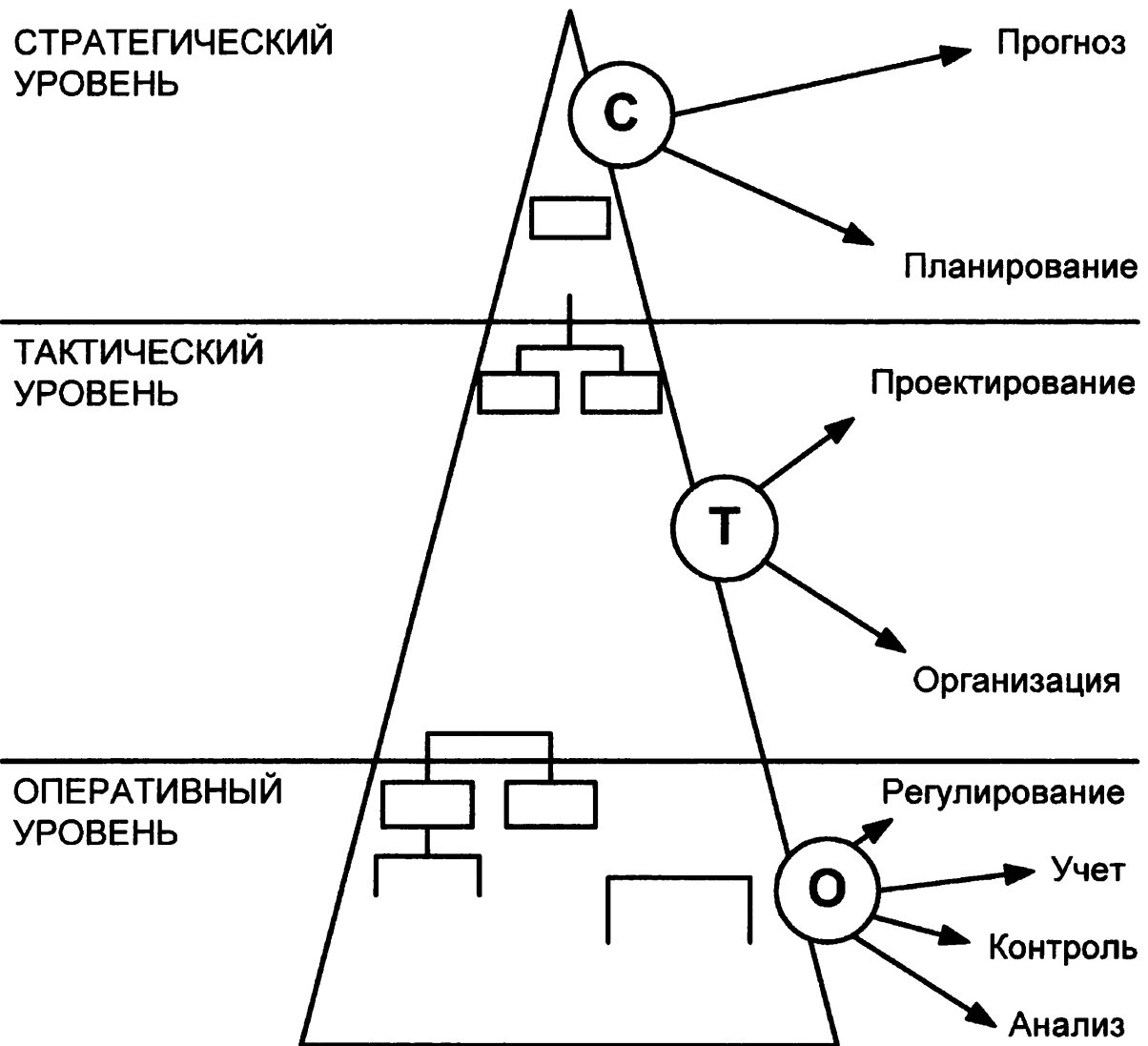


Рис. 6.9. Функция управления в соответствии с уровнями (Ю. П. Лисицын)

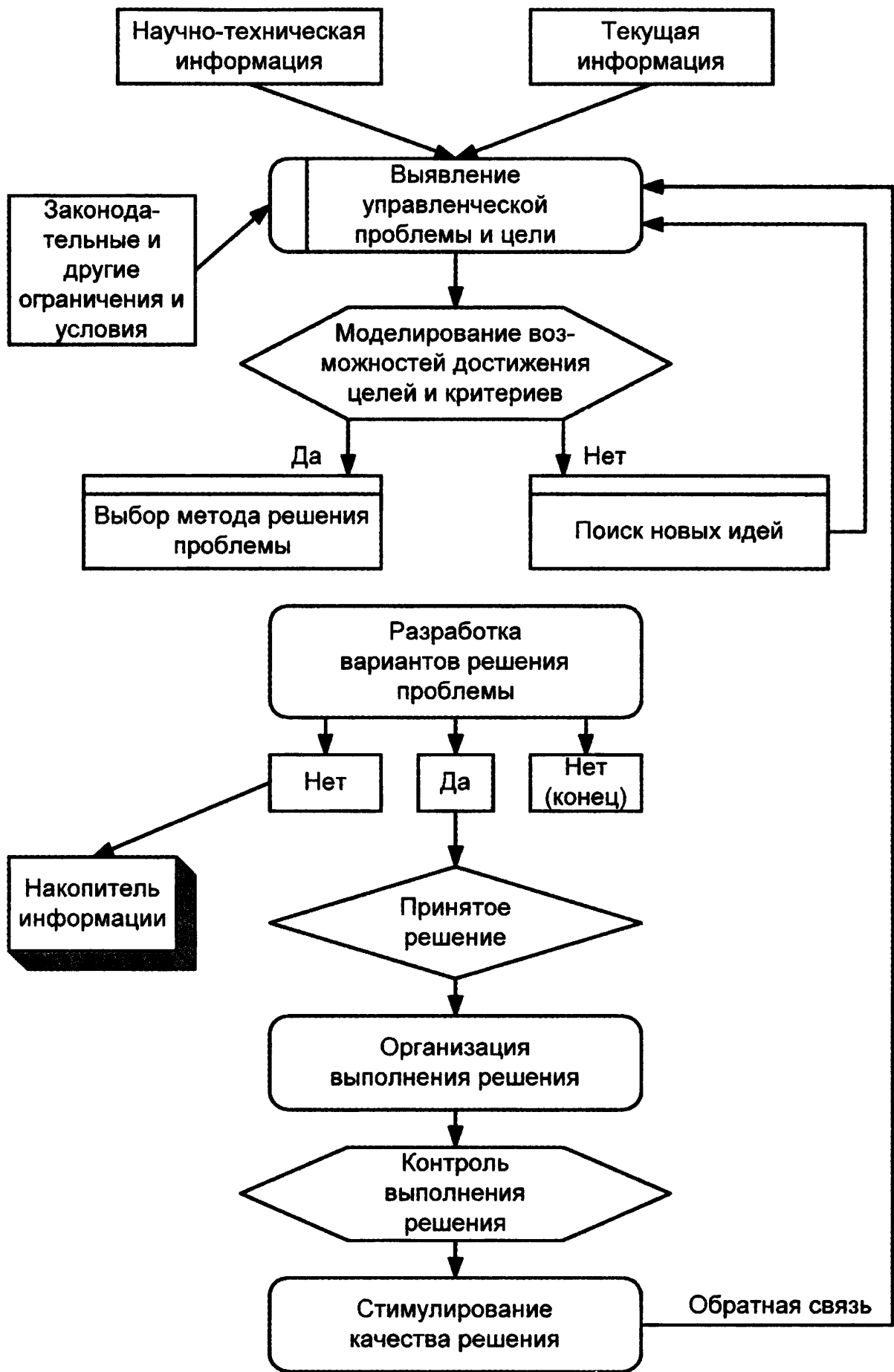


Рис. 6.10. Организационный алгоритм управленческого решения

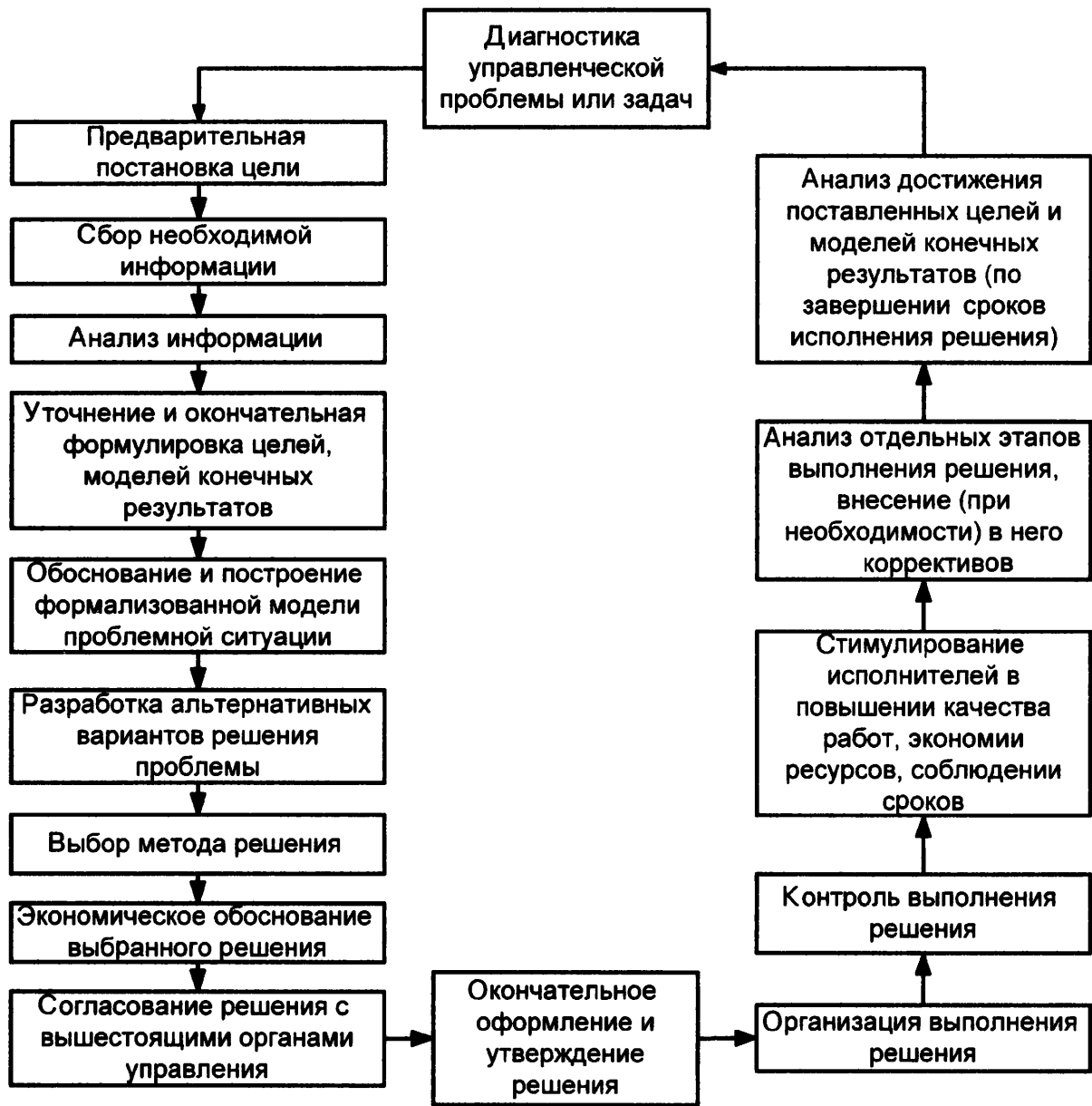


Рис. 6.11. Технология принятия управленческого решения

Лекция VII. НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

7.1. Прогнозирование и планирование как инструмент государственного регулирования в рыночной экономике

Главной отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Сегодня нерегулируемого государством рынка по существу в мире нет. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена, пожалуй, двумя главными обстоятельствами: первое — общественным характером производства; второе — неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно на кризисных стадиях воспроизводственных циклов.

При этом не надо забывать, что в государственном воздействии на экономику опасны две крайности: во-первых, регулировать те экономические процессы, которые с большей эффективностью могут управляться рыночными механизмами, и, во-вторых, исключительно полагаться на рыночные механизмы даже в тех случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Прогнозирование тесно связано с планированием и зачастую является необходимой методологической и информационной основой для последующей разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как научного направления в экономике и управлении здравоохранением позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь. Поэтому в данной части курса лекций — "Экономика и управление здравоохранением" — мы рассмотрим методы прогнозирования и планирова-

ния, порядок разработки прогнозов и планов здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Лекция поделена на две самостоятельные по содержанию части: первая посвящена вопросам прогнозирования, вторая — вопросам планирования. Такой методический прием позволит, на наш взгляд, избежать смешения этих основных функций управления, что нередко случалось при использовании методов прогнозирования и планирования в изучении общественного здоровья и здравоохранения, а также в ранее издаваемой учебной литературе. В качестве основных объектов прогнозирования рассматриваются базовые условия развития службы охраны здоровья населения: показатели здоровья населения, ресурсное обеспечение здравоохранения, а также основные показатели социально-экономического развития регионов (уровень благосостояния, качество жизни и др.).

Методология планирования освещается на примерах разработки территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — Программа), заказов государственных медицинских учреждений и муниципальных заказов на реализацию Программы, комплексных целевых медико-социальных программ и др.

7.2. Научные основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения

Человеку свойственно желание заглянуть в будущее. Это обусловлено тем, что вся наша жизнь и деятельность постоянно связаны с выбором решений. А правильный выбор нельзя сделать, не предвидя всех его желательных и нежелательных последствий. Постоянное видение перспективы и способность предугадывать события позволяют своевременно принимать превентивные меры и избегать нежелательных результатов.

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, решений, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, усилением неопределенности, вызванной переходом к рыночным отношениям.

Прогнозирование по своей сути означает предвидение, опережающее отображение действительности, и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышле-

ния. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают **гипотезу, прогноз и план**. По характеру воздействия и тесноте связи с исследуемым объектом прогноз находится между гипотезой и планом. Гипотеза служит научным предвидением на уровне теории, выявления общих закономерностей. Прогноз более определен и достоверен, имеет и качественные, и количественные параметры. Прогнозирование можно считать и стадией планирования, так как оно характеризует контуры будущего, без чего нельзя разработать программу действий.

Вместе с тем прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. С начальной точки отсчета прогноза (принятия решения) до его завершения может измениться среда прогнозируемого явления, приоритетность сформулированных ранее целей. Поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и рамочно определяет условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

В случае, когда имеется несколько путей реализации замысла, разрабатываются сценарии возможного развития. **Сценарий** — это описание будущего, составленное с учетом правдоподобных положений, он разрабатывается для определенной совокупности условий будущего развития явления или системы. Поскольку прогноз строится на вероятностном и вариантном развитии событий, то обычно он имеет несколько сценариев: **оптимистический, пессимистический, оптимально-реалистический**.

Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, механизм выростания из существующей ситуации будущего. Сценарий разрабатывается функционально-логическим методом, имеет системный характер и выявляет факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Научное прогнозирование опирается на знание объективных закономерностей, логику, достоверную информацию, математические методы. Оно коренным образом отличается от предсказаний, базирующихся на ясновидении, интуиции, имеющих эвристический характер, или на астрологии и разных способах гадания, хотя современная наука и не отрицает способность творческого видения будущего как природного дара. Ясновидение рассматривается в качестве сверхчувствен-

ного восприятия, экстрасенсорной, только ему доступной способности человека получать информацию.

Ясновидцы действуют на основе своей обостренной интуиции или обладают особым талантом к экстрасенсорике. Примером тому может быть Дельфийский оракул в Древней Греции.

Большую популярность в последнее время в нашей стране приобретает **футурология**. Футурологи рассматривают будущее как величину, которая меняется в зависимости от принимаемых людьми решений. И, следовательно, можно воздействовать на свое будущее, принимать такие решения, которые направят развитие событий в желаемое русло. Они предсказывают на основе рационально выстроенной системы анализа, не выходя за рамки линейной экстраполяции выявленных тенденций. Многие полагаются на предсказания футурологов при планировании жизни, деловой карьеры, бизнеса.

В соответствии с установленным порядком в Российской Федерации разрабатываются государственные прогнозы и программы социально-экономического развития. Социально-экономические прогнозы имеют макроэкономический, отраслевой, ведомственный, региональный разрезы и разрабатываются в целом по России, по народно-хозяйственным комплексам, отраслям экономики и по регионам.

Прогнозы социально-экономического развития разрабатываются в нескольких вариантах: на **долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы**.

Прогноз социально-экономического развития на долгосрочную перспективу разрабатывается на 10 лет и более. Он необходим в первую очередь для выработки стратегии в развитии народнохозяйственного комплекса в целом и отдельных отраслей в частности. Данные прогноза социально-экономического развития на долгосрочную перспективу используются для разработки концепции и программ социально-экономического развития на среднесрочную перспективу.

Прогноз социально-экономического развития на среднесрочную перспективу разрабатывается на период от 3 до 5 лет и ежегодно корректируется.

Прогноз социально-экономического развития на краткосрочную перспективу разрабатывается ежегодно.

Прогноз — это комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы. Задача прогноза — дать объективное, достоверное представление о том, что будет с системой при тех или иных условиях. Для решения этой задачи разрабатывается **поисковый прогноз**, показывающий, каким

может быть развитие системы здравоохранения при заранее заданных условиях (объем финансирования, уровень заболеваемости, состояние законодательной базы и др.).

Прогнозирование не сводится только к пассивной роли предвидения того, что может произойти в будущем. Разрабатываются и **целевые прогнозы**. Они определяют цели, поставленные государством, обществом перед здравоохранением, и возможные пути их достижения. При этом в равной мере опасно как занижить цели, ссылаясь на дефицит ресурсов, так и ставить нереальные цели, как бы ни были они заманчивы. Кроме этого, необходимо учитывать существование противоречий между долго- и краткосрочными целями. Погоня за сиюминутными выгодами, как правило, осложняет движение в стратегическом направлении. Поэтому необходимо наличие определенного баланса между ними.

Возможны и необходимы прогнозы для любого уровня управления здравоохранением, по любой службе или проблеме. Прогнозы могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, служб;
- прогнозы финансово-экономического развития системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб в здравоохранении, они тесно взаимосвязаны между собой. На их основе должен разрабатываться обобщающий прогноз развития системы здравоохранения, который в свою очередь должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В условиях рынка ни один руководитель органа управления или организации здравоохранения, ни один частнопрактикующий медицинский работник не могут рассчитывать на правильность принимаемых решений без заранее составленного плана и прогноза их последствий. Этим, прежде всего, и обуславливаются важность и необходимость глубокого изучения прогнозирования и планирования как основополагающих функций управления здравоохранением в условиях рыночной экономики.

В здравоохранении прогнозирование является главенствующей функцией управления, так как ценой ошибок в принятии управленческого решения может быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

В современной теории управления методология прогнозирования тесно связана с математическим моделированием

процессов, сценарий развития которых предполагается в будущем. Для построения таких математических моделей (например, прогнозирование структуры и уровня заболеваемости, смертности, показателей физического развития населения, потребности в отдельных видах ресурсного обеспечения и др.), необходима исчерпывающая информация за значительный (не менее 10—12 лет) ретроспективный период наблюдения. В основе разработки таких математических моделей лежит регрессионный анализ, а также построение и анализ динамических рядов, с использованием различных способов их экстраполяции.

Однако для получения качественных и достоверных прогнозов развития той или иной ситуации нельзя ограничиваться только математическим моделированием. Построения математических моделей целесообразно сочетать с другими способами построения прогнозов, в первую очередь с методами экспертных оценок (Дельфи, ПАТТЕРН и др.). Эксперты, используя методы качественного и количественного анализа, отбирают наиболее важные факторы, оценивают их взаимосвязи, влияние на тенденцию в развитии того или иного явления и определяют тем самым вероятность достижения тех или иных результатов в будущем.

В зависимости от поставленных задач, в системе управления на стратегическом уровне можно выделить следующие формы прогнозов:

- **по времени прогнозирования** — *оперативные (текущие), краткосрочные (годовые), перспективные (среднесрочные — 5-летние и долгосрочные — 10 лет и более);*
- **по характеру их воздействия на объект прогнозирования** — *пассивные и активные прогнозы;*
- **в зависимости от иерархического уровня изучаемой системы** — *глобальные, межнациональные; национальные; региональные; районные (городские), а также для отдельных групп населения и индивидуумов;*
- **по сложности объектов прогнозирования** — *сверхпростые (когда прогнозируют отдельные показатели без учета их взаимодействия), простые (когда при прогнозировании учитывают только парные связи), сложные (когда учитывают самые разнообразные взаимосвязи показателей и факторов, на них влияющих);*
- **в зависимости от цели** — *исследовательские (поисковый, генетический, трендовый) и нормативные (программный, целевой) прогнозы;*
- **по способам представления результатов** — *точечные (когда предсказывается событие в определенное время) и ин-*

тервальные (когда события находятся в некотором временном интервале).

В настоящее время разработано более 150 методов прогнозирования, которые можно объединить в четыре группы:

- экспертные оценки;
- экстраполяция;
- моделирование;
- комбинированные прогнозы.

Методика прогнозирования и планирования включает в себя проведение аналитического исследования, подготовку базы данных, изучение и соединение информации в единое целое. Будущее во многом становится предсказуемым, если правильно и полно учитываются сложившаяся ситуация, факторы и тенденции, способствующие ее изменению в перспективе. Без этих предпосылок прогнозирование превращается в вероятностное гадание.

На первоначальном этапе разработки прогнозов применяются **системный анализ и синтез**. В качестве системы выступают системы здравоохранения Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, муниципальных образований. Система предполагает целостность, единство своих элементов, которые взаимообусловлены и иерархически соподчинены. При системном анализе острее и непосредственнее обнажаются проблемы и выявляются способы их решения. Эффективность системного анализа обусловлена тем, что целое всегда не меньше суммы его частей.

Выделяются следующие стадии системного анализа: постановка задачи; определение целей и критериев оценок; структурный анализ факторов, тенденций, их взаимодействий; разработка концепции и вариантов развития системы. При этом изучаемые факторы классифицируются как:

- связанные с общеэкономической ситуацией в стране;
- зависящие от деятельности непосредственно системы здравоохранения;
- формируемые под воздействием рыночных отношений и государственного регулирования.

Каждый фактор обуславливает понижающую, повышающую или стабилизирующую тенденцию.

При проведении анализа могут быть использованы следующие методы: морфологический; прогнозирование по аналогии; регрессионный анализ; корреляционный анализ; метод моделирования; метод экстраполяции; метод скользящего среднего; индексный метод; метод экспертной оценки.

7.3. Планирование в здравоохранении (общие положения)

Сущность разработки планов в том, что люди сознательно определяют цели своих действий и соизмеряют их со своими возможностями, ресурсами. Планомерность свойственна каждому трудовому акту. При этом план как категория имеет несколько значений: **замысел, проект, порядок работы, выполнение программы, система заданий**. Во всех случаях он обычно отражает принятие хозяйственных и других решений и фиксирует потребность в ресурсах, объемы финансирования, сроки реализации мероприятий, исполнителей, гарантии ответственности за невыполнение. По существу **план** — это *надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно определенную цель, предвидение конечных результатов, пути и средства достижения цели*.

План выражает наиболее оптимальный вариант развития, ориентирует на получение заранее спрогнозированного результата, он обязателен для выполнения, но не любой ценой, а при наличии всех необходимых ресурсов.

Процесс планирования состоит из ряда звеньев, образующих единую технологическую цепочку. Наличие всех звеньев, начиная от замысла, повышает реалистичность плана, сводит к минимуму непредвиденные обстоятельства. На каждом этапе, в каждом звене различны степень детализации замысла, увязка его с конкретными условиями объекта планирования, набор параметров, характеризующих количественно и качественно показатели плана.

План базируется на концепции и стратегии развития. Концепция содержит систему понятий и представлений для трактовки явлений, их понимания.

Концептуальные проработки переводятся в организационный план путем выбора и обоснования стратегии, которая предполагает постановку целей, поиск средств для реализации планируемых мероприятий в соотношении со сформулированными задачами и предполагаемыми результатами.

Разрабатываемые комплексные целевые и другие программы по статусу приравниваются к плану, хотя в узком смысле слова программа представляет собой перечень основных организационных мероприятий для последовательной и скоординированной реализации плана.

От планирования надо отличать **проектирование**, обеспечивающее создание конкретных образцов медицинских товаров и услуг в будущем. Проект является решением относительно какого-либо мероприятия или соответствующего аспекта программы. Например, при разработке комплексной целевой

программы "Охрана матери и ребенка" может быть предусмотрена разработка проекта перинатального центра или нового медицинского оборудования.

Медико-экономическое планирование является видом управленческой деятельности, направленной на обоснование мероприятий, обеспечивающих достижение поставленных целей.

Содержание медико-экономического планирования заключается в обосновании конкретных достижимых целей и приоритетов развития, выявлении материальных, трудовых и финансовых возможностей реализации разрабатываемых программ. С формированием рыночных отношений, укреплением договорных связей между хозяйствующими субъектами в планировании здравоохранения повышается роль качественных показателей и финансовых нормативов вместо объемных заданий. Хотя последние (нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи, госпитализаций на койки с дневным и круглосуточным пребыванием, вызовов скорой медицинской помощи) на весь период реорганизации сети учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации должны сохранить свою директивность.

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. Эти принципы сыграли свою положительную роль в соответствующих им условиях. При переходе к рынку одни принципы перестали действовать, другие подверглись модификации, а третьи отражают специфику иных экономических условий. Наибольшую актуальность в здравоохранении сохраняет, на наш взгляд, **принцип директивности планов**. Это в первую очередь связано как с необходимостью обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью со стороны государства, так и участием здравоохранения в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, природных и техногенных катастроф.

Реформаторы начала 90-х годов ликвидировали общегосударственную плановую систему в основном из-за присущей ей директивности планов. В 1996 г. было объявлено о решении всех задач перехода от плановой к рыночной экономике, и всякое движение в сторону государственного регулирования стало преподноситься как возврат к старому. В результате этого в обществе резко обозначились и углубились противоречия между планомерностью на отдельных предприятиях и эконо-

мической анархией в масштабе страны. Этой участи на первых порах не избежало и здравоохранение. Отход от директивности в планировании как важнейшей функции управления привело к потере вертикали управления отраслью и связанных с этим тяжелейших последствий в снижении доступности и качества гарантированной (бесплатной) медицинской помощи населению.

Даже с точки зрения диалектического материализма неразумно было разрушать прежнюю систему государственного планирования, не создав взамен новой. Кроме того, сужение масштабов государственного сектора не приводит автоматически в действие регуляторы рынка. Появление рыночных отношений не всегда является свидетельством их превосходства над плановыми рычагами, а представляет собой средство корректировки недостатков последних с помощью экономических механизмов. И планирование вовсе не исчерпывается заданиями, директивами, которых так опасаются реформаторы второго поколения. Главное в планировании на современном этапе — это сохранение социальной направленности целей и задач, обеспечение сбалансированности, отраслевых и территориальных интересов.

Поэтому не может быть дилеммы "план или рынок": план должен использоваться в пределах необходимого, а рынок — в пределах возможного. В здравоохранении должно быть и то, и другое. Необходимо в едином организационно-правовом и медико-экономическом механизме системы здравоохранения синтезировать положительные элементы и планового, и рыночного регулирования.

С иных позиций теперь следует подходить и к понятию директивности планов. Директивность в реализации планов и программ в здравоохранении должна жестко прослеживаться на всех направлениях, связанных с финансированием из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов (Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования, Пенсионный фонд РФ).

Капитал, особенно крупный, не менее заинтересован в сотрудничестве с государством на плановых началах, так как государство ограничивает негативные стороны рынка, формирует государственный заказ на отдельные виды медицинских товаров и услуг. Это создает предпосылки для дальнейших согласованных действий государства и лидеров мировой экономики по обеспечению организаций здравоохранения эффективными лекарственными препаратами и медицинским оборудованием, с одной стороны, и развитием предприятий оте-

чественной медицинской промышленности — с другой. В свою очередь развитие средств коммуникации, информатики делает возможным планомерное регулирование экономики без административных ограничений хозяйственной деятельности субъектов рынка. Создание с помощью Internet единого информационного пространства, изучение на основе сформированных информационных баз данных рыночной конъюнктуры позволяет принимать спланированные на ближайшую и отдаленную перспективу решения, прогнозируя их последствия. При этом мы считаем, что разрабатываемые ежегодно прогнозы социально-экономического развития РФ, включая отрасль здравоохранения, не могут заменить необходимость общегосударственного планирования. Прогноз и план — далеко не одно и то же, хотя между ними есть общее.

Как уже отмечалось, прогноз предполагает вероятность события, явления. Прогнозирование позволяет выявить состояние среды, вероятность достижения целей в условиях неопределенности. Прогноз в большей степени имеет информационный характер и не содержит обязательных показателей, не предполагает принятия обязательных решений, действий или ответственности за их осуществление.

План отражает сугубо определенные, детерминированные условия. Планирование имеет функциональный характер. Ему предшествуют обоснование целей, выделяемых ресурсов, разработка исходных нормативов и норм. План имеет не познавательное или рекомендательное, а обязательное, директивное значение. Поэтому мы считаем, что в России давно назрела необходимость создания института программно-целевого планирования, который должен прийти на смену упраздненному Госплану. Исходя из сказанного выше, **планирование в здравоохранении** можно определить как *целенаправленную деятельность государственных органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения всех форм собственности по разработке перспектив развития систем здравоохранения страны, субъектов Российской Федерации, отдельных административных территорий и организаций здравоохранения.*

Система планирования здравоохранения в Российской Федерации должна строиться на единых принципах и обеспечивать проведение единой государственной политики в области охраны здоровья населения, с одной стороны, и в то же время — позволять субъектам РФ и муниципальным образованиям, отдельным медицинским организациям максимально учитывать специфические особенности своего развития.

Основным принципом планирования в здравоохранении должно стать *обеспечение соответствия между объемами предоставляемой населению медицинской помощи и размерами ресурсов, необходимых для выполнения этих объемов.*

7.4. Основные виды планирования в здравоохранении

В общественном здоровье и здравоохранении различают следующие виды планирования:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование. Основным документом, в котором отражены принципы стратегического планирования развития здравоохранения в России, является Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, одобренная Постановлением Правительства № 1387 от 5 ноября 1997 г.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, порядок и условия деятельности здравоохранения, его субъектов, муниципальных образований и отдельных медицинских учреждений на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование проводится на двух уровнях:

- федеральном уровне;
- уровне субъекта Российской Федерации.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерством здравоохранения Российской Федерации разрабатываются и утверждаются в установленном порядке:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения Российской Федерации;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормы, нормативы, социальные стандарты, методика их адаптации к условиям субъектов Российской Федерации;
- федеральные целевые медико-социальные программы, обеспечивающие достижение стратегических целей и задач;
- методология планирования инвестиций, оценки их эффективности, порядок согласования инвестиционных проектов здравоохранения.

Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации. Стратегической задачей органов управления здравоохранения субъектов РФ является разработка планов и программ формирования эффективной системы оказания на-

селению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе параметров, устанавливаемых на федеральном уровне, с учетом региональных особенностей.

В процессе планирования должны быть решены следующие задачи:

- произведен анализ и разработан прогноз состояния здоровья населения территории на плановый период;
- произведен анализ состояния системы здравоохранения территории, соответствия ее требованиям федерального уровня;
- установлены цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения на плановый период;
- утверждены региональные нормы и нормативы, применяемые при планировании системы здравоохранения территории;
- определены стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения территории;
- определены ресурсы, необходимые для развития системы здравоохранения территории, и источники их получения;
- принят комплекс планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию стратегических целей и задач развития системы здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- установлены параметры для планирования здравоохранения муниципальных образований.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований, как правило, на 3—5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития территории.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Кроме того, выделяют:

- директивное;

- индикативное;
- договорное;
- предпринимательское планирование здравоохранения.

Директивное планирование осуществляется посредством установления адресных заданий и распределения необходимых для их выполнения ресурсов. Основными рычагами директивного планирования являются бюджетное финансирование, лимиты капитальных вложений, фонды материально-технических ресурсов, государственные заказы.

Директивность планирования проявляется в наделении планов силой обязательного для всех исполнителей документа. Из директивности планирования вытекает требование строгого соблюдения плановой дисциплины, ответственности со стороны руководителей органов управления здравоохранением, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В разработке директивного плана его исполнители играют не главную роль. Основные разработчики плана берут на себя обязательства по материально-техническому обеспечению выполнения плановых показателей. Это положение оказывается уязвимым местом в директивном планировании, поскольку доведение планов часто не подкрепляется выделением под них необходимых ресурсов, что делает в таком случае план маловыполнимым.

При этой форме планирования производитель медицинских товаров и услуг не может самостоятельно решать, что, как и когда производить, кому и по какой цене продавать. Это было характерно для здравоохранения советской, плановой экономики и не во всем себя оправдало.

В условиях многообразия форм собственности элементы директивного планирования сохраняются в рамках государственного сектора и бюджетного финансирования.

Переход от директивного планирования к другим его формам предполагает, прежде всего, устранение противоречивости интересов между разработчиками и исполнителями планов. Планы перестают доводиться в виде заданий и разрабатываются самими же исполнителями.

Индикативное планирование является одной из форм вовлечения организаций здравоохранения (независимо от форм собственности) в разработку на паритетных началах с государственным органом управления здравоохранением планов и программ развития. Оно базируется на использовании системы специальных показателей (индикаторов) и экономических механизмов воздействия на организации здравоохранения, формируя и стимулируя, тем самым, интерес к разработке и

реализации планов. Как правило, индикативные планы разрабатываются на основе приоритетов, одни из которых определяются государственными органами управления здравоохранением (охрана материнства и детства, профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией, ранняя диагностика и лечение онкологических заболеваний и др.), другие выявляются в процессе планирования.

При индикативном планировании процесс согласования плана между органом управления и организациями здравоохранения идет сверху вниз и снизу вверх. Примером индикативного плана может служить разработка Федеральных целевых программ с участием в них субъектов РФ или региональных программ с участием в них муниципальных образований.

С переходом к рыночной экономике в здравоохранении появились признаки индикативного планирования как способа сознательного, целенаправленного управления медико-экономическими процессами как в государственном, муниципальном, так и в частном секторах здравоохранения.

В качестве медико-экономических индикаторов, характеризующих развитие системы здравоохранения отдельных субъектов Российской Федерации и страны в целом, могут использоваться следующие показатели:

- медико-демографические;
- структура и уровень заболеваемости;
- структура и уровень временной и стойкой утраты трудоспособности;
- обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками;
- подушевое финансирование;
- доля расходов на здравоохранение в ВВП и др.

Индикативное планирование, которое является действенным способом воздействия на функционирование рыночных механизмов, должно стать, по нашему мнению, ведущим методом планирования здравоохранения в условиях рыночной экономики. Индикативные планы способны не только взаимосвязанно сочетать в себе основные медико-демографические и медико-экономические показатели развития здравоохранения, но и должны органично вписываться в концепцию социально-экономического развития территории, государства в целом.

Договорное планирование регулирует коммерческие отношения между организациями здравоохранения, другими предприятиями и объединениями, банками, органами управления и иными субъектами рынка, которые строятся на добровольной и взаимовыгодной основе. Договорные отношения фор-

мируют экономические связи, взаимные обязательства, условия их выполнения и создают хозяйственный механизм устойчивого функционирования организаций здравоохранения в условиях рынка.

Договорные планы реализуются в виде соглашений, договоров, контрактов на поставку лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания, материально-технических ресурсов и др.

Предпринимательское планирование является функцией управления организацией здравоохранения (любой формы собственности), направленной на обоснование и выбор путей эффективного развития в рамках предпринимательской деятельности (оказание платных медицинских услуг, участие в программах добровольного медицинского страхования, предоставление помещений в аренду и другая деятельность, не запрещенная законодательством). Основу его составляют внутриучрежденческие планы различной срочности, призванные решать оперативные, текущие и стратегические задачи. Более подробно об этом виде планирования будет рассказано в лекции XI.

7.5. Основные методы планирования в здравоохранении

К основным методам, которые используются в планировании здравоохранения, относятся:

- нормативный;
- балансовый.

Нормативный метод применяется для расчета прогнозных и плановых показателей. Нормы и нормативы разрабатываются и утверждаются, как правило, Минздравом РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти. В здравоохранении используется большое количество норм и нормативов. Но прежде всего — о самих терминах.

Норма — *установленная и документально подтвержденная величина, определяющая максимальный уровень расходования ресурсов, получения доходов, прибыли, выработки продукции.*

Норматив — *это расчетная величина затрат материальных, трудовых, временных, финансовых и других ресурсов, применяемая при нормировании труда и планировании производственной и хозяйственной деятельности.*

Наличие норм и нормативов позволяет определять прогнозные и плановые показатели на основе прямого счета. Например, при сложившихся объемах спроса на сахароснижающие лекарственные препараты на основе нормативного мето-

да можно определить необходимый объем средств для закупки инсулинов и др.

Разновидностью нормативов являются стандарты и лимиты.

Нормы и нормативы в планировании здравоохранения. Планирование ресурсного обеспечения отдельных организаций и системы здравоохранения в целом основывается на использовании экономических норм и нормативов.

По своей сути экономические нормы и нормативы — это количественные меры затрат финансовых, материальных, трудовых, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания соответствующих медицинских или сервисных услуг.

Можно привести следующую классификацию норм и нормативов:

- *по характеру установления:*
 - **директивные** (обязательные) — разрабатываемые вышестоящими органами и другими уполномоченными на это органами (министерства здравоохранения, финансов и др.);
 - **факультативные** — устанавливаемые самими медицинскими учреждениями;
- *по содержанию:*
 - **материальные**, устанавливающие уровень затрат в вещественном, натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м³ отапливаемых помещений; количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку; расход продуктов питания в натуральном выражении на 1 койко-день);
 - **финансовые**, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (расход финансовых средств на лекарственные препараты на 1 койко-день; подушевое финансирование; расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
 - **временные** (норматив времени для выезда бригады скорой медицинской помощи, оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным врачами различного профиля и др.);
- *по степени укрупненности:*
 - **частные** — на отдельные статьи расходов или элементы затрат;
 - **сводные (укрупненные)** — полные затраты на 1 должность, на 1 койку, на единицу услуг (тарифы) и т. д.;
- *по методу разработки:*
 - **расчетные** (тарифы на медицинские услуги, нормативы формирования фондов медицинских учреждений —

фонды оплаты труда, производственного и социального развития и др.);

- **средние** (нормы расхода топлива, норматив затрат на приобретение оборудования, норматив затрат на капитальный ремонт);
- *по форме выражения:*
 - **абсолютные** (нормативы финансирования: на 1 жителя, на 1 койку, на 1 амбулаторно-поликлиническое посещение и др.);
 - **относительные** (обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками на 1000 населения).

Использование нормативов является неотъемлемой частью экономических методов управления в государственном и муниципальном здравоохранении, где ограничена сфера использования чисто рыночных механизмов. Между тем необходимо отметить, что период увлечения нормативами в плановой советской экономике очень скоро сменился почти полным забвением о них при переходе к рыночной экономике. Это в первую очередь относится к стоимостным нормам и нормативам, отражающим уровень использования медицинскими учреждениями таких ресурсов, как медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь и др.

Справедливости ради следует признать, что отход от использования этих нормативов во многом был связан с высокими темпами инфляции. Последними официальными стоимостными нормативами затрат на медикаменты, питание и мягкий инвентарь были расчетные нормы расходов, введенные Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 764 от 20.06.88 г. Однако вскоре они перестали действовать в условиях начавшейся инфляции. Но и в этой ситуации имеется возможность использования норм и нормативов, когда есть методика их оперативного пересмотра.

Настоятельная потребность возврата к финансовым нормативам, к примеру, затрат на медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь диктуется не только задачами планирования, но и необходимостью усиления контроля за финансово-хозяйственной деятельностью государственных и муниципальных медицинских учреждений. С другой стороны, эти показатели должны стать той нормативной базой, на основании которой необходимо осуществлять финансирование соответствующих видов расходов. Важно и то, что финансовые нормативы должны быть гарантированным уровнем общественно необходимых затрат, связанных с оказанием гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Потребность обратиться к этой проблеме вызвана и введением системы обязательного медицинского страхования, которая предполагает переход от финансирования медицинских учреждений по сметам расходов к финансированию по подушевым нормативам или тарифам, при котором поста-тейный уровень затрат в абсолютном исчислении не учитывается. Стоимостные нормативы затрат на медикаменты, продукты питания нужны и для планирования работы медицинских учреждений, ценообразования, проведения экономического анализа, разработки медико-экономических стандартов и т. д.

Вместе с тем следует обратить внимание на необходимость новых подходов к разработке и использованию экономических норм и нормативов. Сложившиеся по регионам различия в финансовых возможностях здравоохранения, в рыночных ценах на медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь и др. делают нецелесообразным использование единых показателей затрат на эти виды расходов. Право устанавливать эти нормы и нормативы необходимо передать на уровень исполнительной власти субъектов РФ.

В сложившихся условиях возможны следующие основные подходы к регулированию затрат на медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь:

- Установление нормативов расходов на соответствующие статьи, исходя из фактических затрат предшествующего периода, с применением поправочного коэффициента, отражающего уровень инфляции.
- Установление нормативов, отражающих удельный вес (процентное соотношение) затрат на отдельные виды статей в общей сумме финансирования.
- Корректировка ранее действовавших стоимостных нормативов с учетом инфляции.
- Разработка стоимостных нормативов на основе норм расхода ресурсов (медикаментов, продуктов питания, видов мягкого инвентаря) в натуральном выражении.

Рассмотрим основные достоинства и недостатки каждого из них.

Установление нормативов расходов на соответствующие статьи, исходя из фактических затрат предшествующего периода, с применением поправочного коэффициента, отражающего уровень инфляции, — наиболее распространенный способ. Достоинство его — в простоте. Однако в условиях дефицита финансирования этот способ не обеспечивает удовлетворения реальной потребности в соответствующих ресурсах. К тому же при этом не учитывается то важное обстоятельство, что если,

например, в течение года не производить замены мягкого инвентаря, то через год на эти цели потребуется вдвое больше средств. Поэтому, как видим, использование в отдельных случаях фактического уровня затрат предшествующего периода просто недопустимо. К этому следует добавить, что поправочные коэффициенты, призванные компенсировать рост цен, далеко не всегда отражают реальный уровень инфляции.

К установлению нормативов, отражающих удельный вес (процентное соотношение) затрат на отдельные виды статей в общей сумме финансирования, обычно прибегают при финансировании по подушевым нормативам или тарифам в системе обязательного медицинского страхования. Этот подход опирается на некую усредненную расчетную структуру затрат предшествующего периода. Проконтролировать выполнение подобного рода нормативов проще всего. Недостаток же такого подхода в том, что, во-первых, он не учитывает различий в темпах роста цен на различные виды потребляемых медицинскими учреждениями ресурсов. В первые годы инфляции наиболее быстрыми темпами росли цены на продукты питания и медикаменты, а позже — на коммунальные услуги, в результате чего структура затрат предшествующего периода уже не соответствует реальной структуре затрат расчетного периода. Во-вторых, не учитываются особенности различных учреждений, имеющих различную структуру затрат.

Корректировка ранее установленных стоимостных показателей с учетом инфляции позволяет достаточно точно и оперативно пересматривать стоимостные нормативы. Однако при многократном пересмотре точность таких показателей снижается.

Разработка стоимостных нормативов на основе норм расхода ресурсов (медикаментов, продуктов питания, видов мягкого инвентаря) в натуральном выражении — наиболее трудоемкий, но и наиболее точный способ. Достоинства расчета стоимостных нормативов объясняются не только более высокой точностью, но и возможностью более гибкой, а главное, обоснованной его корректировки, например, заменяя одни виды продуктов или изделий на другие, более дешевые.

Балансовый метод является одним из основных методов планирования и имеет универсальное значение как способ, позволяющий увязать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например амбулаторно-поликлинической и стационарной, обосновываются необходимые соотношения между разделами и показате-

лями комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используется следующая система балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);
- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможности их подготовки в системе медицинского образования).

Хорошим примером разработки плана в здравоохранении с использованием всех методов планирования может служить **Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.**

Программа ежегодно утверждается Постановлением Правительства Российской Федерации, начиная с 1998 г., с целью реализации конституционных прав граждан Российской Федерации в получении бесплатной медицинской помощи.

Программа состоит из 6 разделов и включает в себя общие положения, перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, виды медицинской помощи, предоставляемые населению за счет бюджетов всех уровней, объемы медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования здравоохранения, обеспечивающие предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Основными задачами Программы являются:

- создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- создание единой системы планирования и финансирования медицинской помощи;
- обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого различного рода ресурсов.

Основными принципами построения Программы являются:

- соответствие утверждаемых объемов медицинской помощи структуре и уровню заболеваемости населения;
- соответствие выделяемых на основе утвержденного подушевого норматива финансовых средств затратам, необходимым для оказания населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;

- соблюдение ответственности органов исполнительной власти всех уровней за реализацию Программы.

Согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи разрабатываются соответствующие территориальные программы.

7.6. Формирование территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Территориальная Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — территориальная Программа) представляет собой пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС.

Территориальная Программа содержит территориальные нормативы объемов различных видов медицинской помощи и показатели их финансового обеспечения.

Цель территориальной Программы: реализация конституционных прав граждан на территории субъекта Российской Федерации в получении бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества.

Основные задачи территориальной Программы:

- консолидация государственных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования территориальной Программы:

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;
- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренных Программой;

- научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- обеспечение сбалансированности объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для ее реализации финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет оптимизации структуры и мощности территориальной сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

Территориальная Программа состоит из следующих разделов:

- перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и видов, объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств ОМС;
- перечень медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, и учреждений, финансируемых из бюджета;
- согласованные объемы медицинской помощи и размер их финансирования для муниципальных образований (муниципальный заказ);
- план реализации государственного и муниципальных заказов объемов гарантированной медицинской помощи организациями здравоохранения субъекта РФ и организациями здравоохранения, расположенными за пределами данной территории;
- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения, используемых для реализации Программы;
- условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению территории субъекта РФ;
- сводный расчет объемов и стоимости Программы (госзаказ).

Сформулируем общий алгоритм разработки проекта территориальной Программы:

- разработка и утверждение территориальных нормативов объемов и стоимости гарантируемой населению субъекта РФ медицинской помощи;
- разработка и утверждение дифференцированных (с учетом различий в заболеваемости, возрастно-половой структуре населения) нормативов объемов и стоимости гарантируемой населению муниципальных образований медицинской помощи;
- расчет стоимости проектов муниципальных заказов;

- расчет стоимости проектов государственных заказов государственных организаций здравоохранения;
- расчет сводной стоимости проекта территориальной Программы (плана финансового обеспечения территориальной Программы);
- выявление дефицита финансового обеспечения проекта территориальной Программы;
- проведение балансировки проекта территориальной Программы и разработка мероприятий по устранению или уменьшению дефицита финансовых средств;
- внесение необходимых коррективов в проекты муниципальных заказов;
- утверждение органами местного самоуправления проектов муниципальных заказов;
- формирование (на основе государственных и муниципальных заказов) окончательного варианта проекта территориальной Программы;
- утверждение проекта территориальной Программы органами исполнительной власти субъекта РФ.

Отдельно надо пояснить, что в сводную стоимость территориальной Программы включается стоимость объемов гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, стоимость других видов помощи (служба переливания крови, патологоанатомическая служба, бюро судебно-медицинской экспертизы, центры профилактической медицины, организационно-методические отделы государственных учреждений здравоохранения и др.), а также расходы на содержание административно-управленческого аппарата системы ОМС (территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций).

С целью координации действий и повышения эффективности использования ресурсов в реализации территориальных Программ между Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации заключается Соглашение. В рамках этого Соглашения ежегодно согласовываются и утверждаются следующие приложения:

- "План реструктуризации сети медицинских учреждений субъекта Российской Федерации";
- "Резерв медикаментов, медицинского имущества и оборудования для субъекта Российской Федерации при ликвидации чрезвычайных ситуаций";
- "Подготовка кадров для субъекта Российской Федерации по вопросам управления медицинской службой при ликвидации чрезвычайных ситуаций";
- "Перечень медицинского оборудования, лекарственных

средств и изделий медицинского назначения для выполнения на территории субъекта Российской Федерации федеральных целевых программ";

- "Объемы высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения в 200... году для субъекта Российской Федерации";
- "Санаторно-курортное лечение детей и взрослых в санаторно-курортных учреждениях федерального подчинения";
- "Подготовка специалистов в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования для субъекта Российской Федерации";
- "Перечень научно-исследовательских работ в области здравоохранения, проводимых научно-исследовательскими и образовательными медицинскими учреждениями";
- "Подготовка и переподготовка кадров для системы обязательного медицинского страхования для субъекта Российской Федерации";
- "Сведения по формированию и реализации Программы государственных гарантий оказания населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 200...—200... годы на территории субъекта Российской Федерации".

7.7. Планирование здравоохранения на уровне муниципальных образований

Задачей планирования системы здравоохранения на местном уровне является разработка программы обеспечения населения муниципального образования бесплатной медицинской помощью (муниципального заказа) в рамках территориальной Программы, с учетом средств территориального фонда ОМС и бюджетов всех уровней.

Технология разработки планов и программ предусматривает последовательность выполнения следующих основных этапов:

- оценка состояния здоровья населения муниципального образования и его прогноз на планируемый период;
- анализ соответствия структуры и мощности существующей сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений реальной потребности населения в различных видах медицинской помощи;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения муниципального образования на планируемый период;

- определение, на основе территориальных нормативов, объемов необходимой населению муниципального образования медицинской помощи;
- согласование квот (предельно допустимых объемов бесплатной медицинской помощи), предоставляемой жителям муниципальных образований на базе межрайонных медицинских центров и государственных организаций здравоохранения;
- расчет стоимости проектов муниципальных заказов;
- определение объема дополнительно привлекаемых из муниципального бюджета финансовых средств, необходимых для реализации муниципального заказа;
- разработка муниципальных медико-социальных целевых программ;
- утверждение проекта муниципального заказа.

Муниципальные заказы утверждаются одновременно с утверждением бюджетов городов и районов и являются составной частью территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Кроме муниципального заказа разрабатывается "План организационно-экономических мероприятий по совершенствованию системы управления муниципальным здравоохранением". Этот план включает в себя систему мониторинга за реализацией муниципального заказа, экономические механизмы заинтересованности организаций здравоохранения в эффективности расходования ресурсов и повышении качества медицинской помощи, перечень современных организационных форм и медицинских технологий и др.

Планом, в частности, предусматриваются следующие мероприятия по ресурсосбережению и интенсификации работы отдельных подразделений учреждений здравоохранения:

- организация двухсменного обследования и лечения, включая выходные и праздничные дни;
- исключение дублирования в стационарах больниц результатов амбулаторно-поликлинического обследования;
- внедрение практики ранней выписки на амбулаторно-поликлинический этап после интенсивного специализированного лечения в стационаре;
- внедрение современных технологий диагностики и лечения;
- увеличение объема специализированной медицинской помощи на базе межрайонных центров и государственных (федеральных, республиканских, краевых, областных) учреждений здравоохранения;

- развитие сети дневных стационаров (стационаров дневного пребывания), стационаров на дому;
- развитие сети учреждений общеврачебных (семейных) практик и др.

7.8. Комплексные целевые медико-социальные программы

Комплексное программно-целевое планирование предусматривает разработку медико-социальных программ на основе выбранных приоритетов в охране здоровья населения. Такой целевой подход позволяет в условиях дефицита финансовых, материальных и других ресурсов концентрировать их на наиболее приоритетных направлениях развития здравоохранения, достигая тем самым максимальных результатов в наиболее сжатые сроки. Кроме того, участие в реализации таких программ различных служб и ведомств обеспечивает комплексный межведомственный подход в достижении поставленных целей. Поэтому программно-целевой метод становится все более привлекательной формой планирования в здравоохранении, а комплексная целевая программа — директивным документом, который содержит увязанный по срокам, ресурсам, исполнителям комплекс мероприятий для эффективного решения поставленных задач.

Комплексные целевые медико-социальные программы (далее — целевые программы) могут разрабатываться на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранением.

Источником финансирования таких программ могут быть средства бюджетов всех уровней (федерального, регионального, муниципального), государственных внебюджетных фондов (Пенсионный фонд РФ, Федеральный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ), других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Как правило, финансовое обеспечение целевых программ осуществляется из разных источников (на условиях софинансирования) в рамках заключенных договоров или соглашений.

Примерная структура (паспорт) целевых программ:

- Наименование программы.
- Обоснование программы.
- Государственный (муниципальный) заказчик программы.
- Руководитель программы.
- Основные разработчики программы.
- Цель программы.

- Перечень основных мероприятий (задач) программы.
- Сроки и этапы реализации программы.
- Основные исполнители программы.
- Объемы и источники финансирования программы.
- Ожидаемые конечные результаты реализации программы.
- Организация контроля за исполнением программы.

Правовой основой разработанных таким образом целевых программ являются Постановления Правительства РФ, постановления органов исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований. Перечень, объем и источники финансирования целевых программ ежегодно утверждаются Федеральным законом "О Федеральном бюджете" или же соответствующими законами субъектов РФ.

В настоящее время в области охраны здоровья населения Российской Федерации действует ряд целевых программ, наиболее значимыми из которых являются:

- "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 гг.)", в том числе подпрограммы:
 - "Сахарный диабет";
 - "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России";
 - "Вакцинопрофилактика";
 - "О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации";
 - "О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем";
 - "Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)";
 - "Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф";
- "Дети России на 2003—2006 гг.", в том числе подпрограммы:
 - "Дети-инвалиды";
 - "Дети-сироты";
 - "Здоровый ребенок";
- "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002—2004 гг." и др.

Разработка и реализация комплексных целевых медико-социальных программ является одним из перспективных направлений совершенствования управления здравоохранением и, как результат этого, — повышения качества медицинской помощи.



Рис. 7.1. Классификация прогнозов в здравоохранении

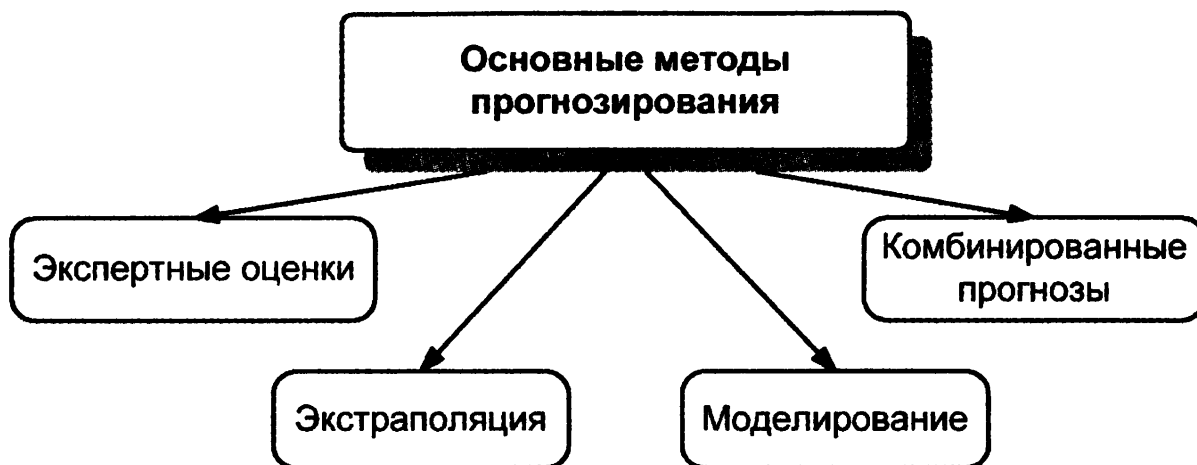


Рис. 7.2. Основные методы прогнозирования

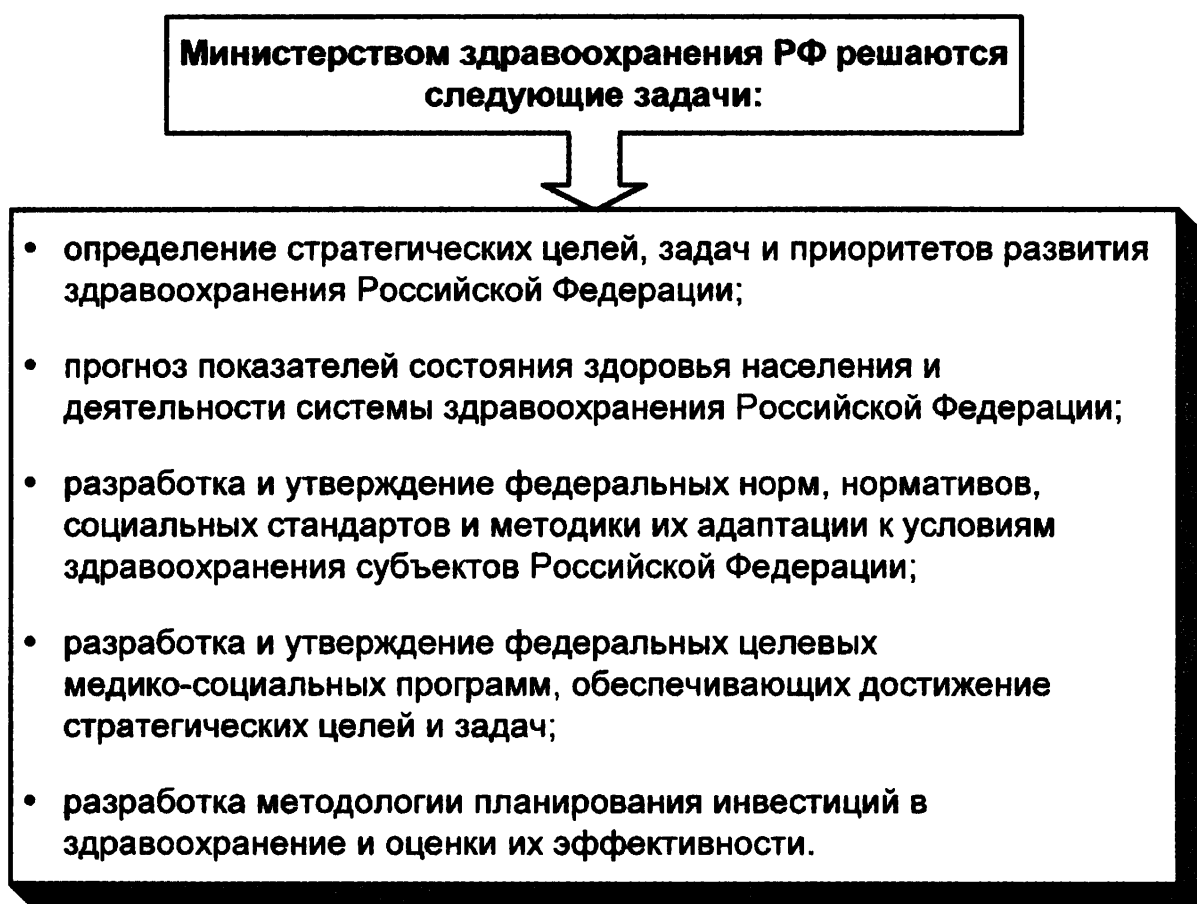


Рис. 7.3. Стратегическое планирование на Федеральном уровне

Органом управления здравоохранением субъекта РФ решаются следующие задачи:

- анализ и разработка прогноза состояния здоровья населения территории на плановый период;
- анализ состояния системы здравоохранения территории, соответствия ее требованиям федерального уровня;
- определение целей, задач и приоритетов развития здравоохранения на плановый период;
- утверждение региональных норм и нормативов, применяемых для планирования системы здравоохранения территории;
- определение стратегических показателей состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения территории;
- расчет ресурсов, необходимых для развития системы здравоохранения территории и определение источников их получения;
- определение параметров для планирования здравоохранения муниципальных образований;
- принятие комплекса планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию стратегических целей и задач развития системы здравоохранения субъектов Российской Федерации

Рис. 7.4. Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации

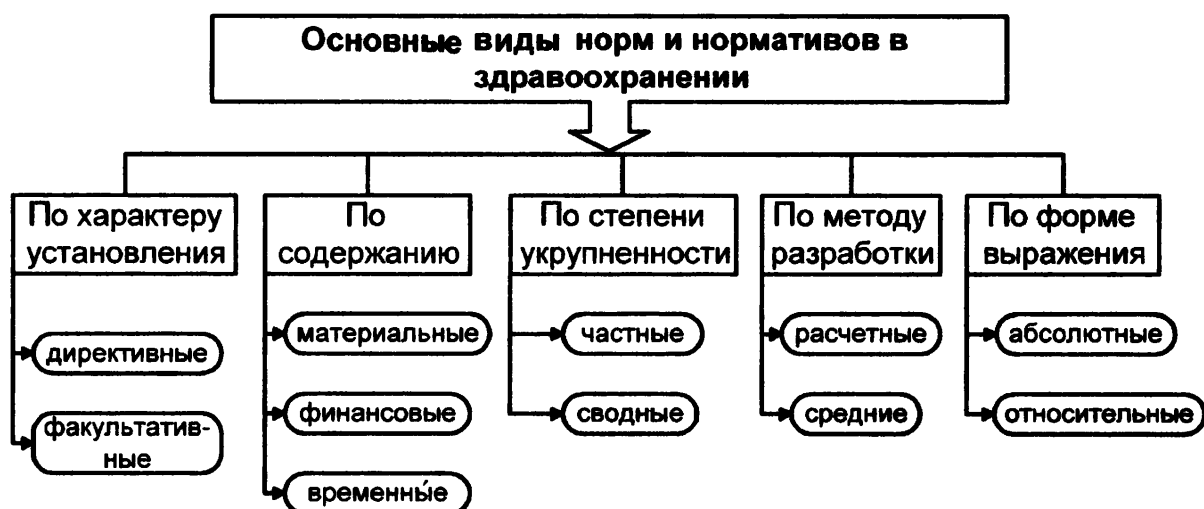


Рис. 7.5. Классификация норм и нормативов в здравоохранении

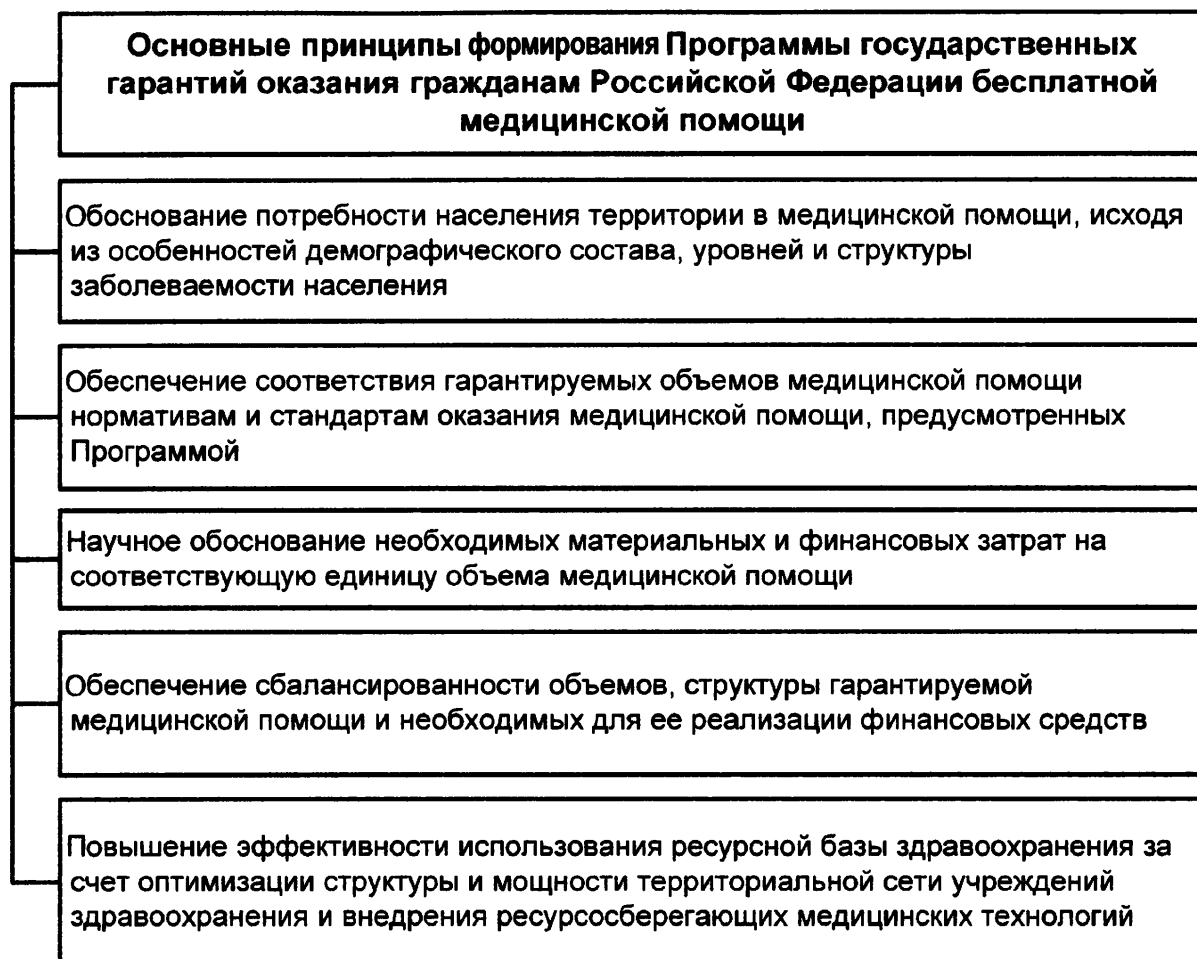


Рис. 7.6. Основные принципы формирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

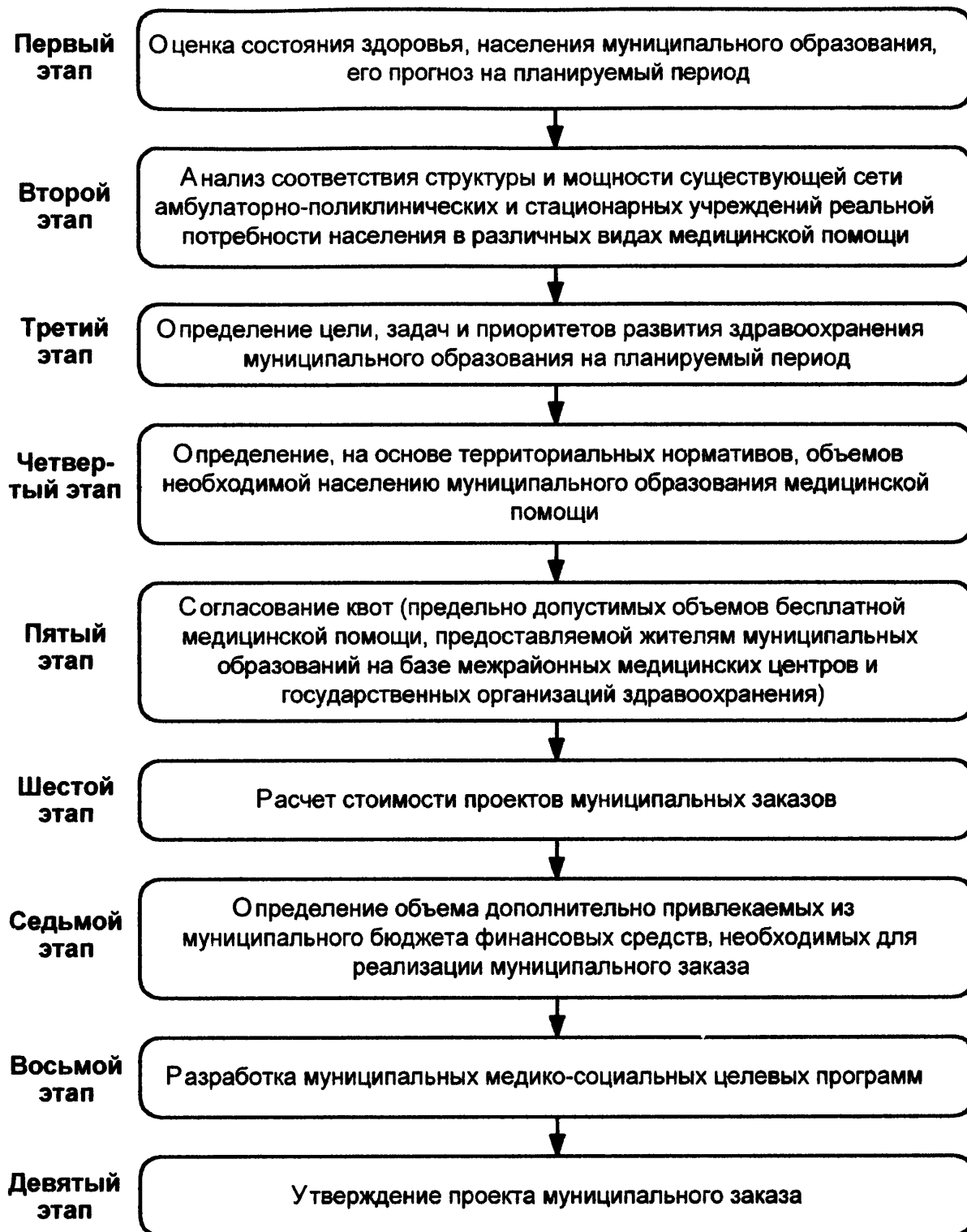


Рис. 7.7. Основные этапы планирования здравоохранения на уровне муниципальных образований

Лекция VIII. МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

8.1. Общие положения

Маркетинг зародился в США на рубеже XIX—XX вв. Его появление было вызвано потребностями высокоразвитой экономики, разветвленной структурой производства, насыщенностью товарных рынков, острой конкуренцией производителей, стремящихся максимально эффективно использовать хозяйственные ресурсы.

Следует отметить, что, в отличие от многих других теорий, маркетинг родился не в кабинетах ученых и не является плодом гениального озарения. Источником теории маркетинга стал накопленный опыт из практики отношений между производителем и потребителем, между производством и рынком. Методологической основой изучения этого опыта являются комплексные исследования конъюнктуры рынка и тенденций его развития.

Первыми проявили интерес к маркетингу те предприятия и организации, которые были озабочены проблемами выхода на международный рынок. Значительно позже с методами комплектования портфеля заказов, товародвижения и сбыта продукции, ориентированной на запросы потребителя, познакомилась организации, фирмы, работающие на внутреннем рынке. В самую последнюю очередь систему маркетинга стали осваивать предприятия и учреждения непромышленной сферы, в том числе организации здравоохранения.

Термин "маркетинг" происходит от английского "market" (рынок) и дословно обозначает "ведение рынка".

Маркетинг — вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей людей. Это разноплановая предпринимательская деятельность в сфере производства и сбыта. В современной интерпретации понятие маркетинга включает в себя процессы планирования и воплощения замысла, ценообразования, продвижения и реализации идей, товаров и услуг посредством обмена, удовлетворяющего цели отдельных лиц и организаций. Другими словами, маркетинг базируется как бы на пяти "Р" (product, promotion, place, price, people).

В узком смысле слова маркетинг — это разработка на уровне фирм комплексных программ производства и реализации отдельных товаров и услуг. Из всех видов маркетинговой деятельности наиболее интересной представляется деятельность, ориентированная, прежде всего, на потребителя.

Таким образом, **маркетинг** — это *комплексная система организации производства и сбыта продукции, ориентированная на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка.*

Маркетинг призван приспособить производство к требованиям рынка. Маркетинг включает разработку товара (определение вида и основных характеристик продаваемого товара), анализ рынка (разделение рынков, выделение предпочтительных рынков, сегментацию и позиционирование рынка), ценовую стратегию и политику. Составной частью маркетинга является реклама. Различают следующие виды маркетинга:

- *дифференцированный* — рассчитанный на использование отдельных сегментов рынка;
- *конверсионный* — создающий условия для преодоления отрицательного спроса;
- *концентрированный* — сосредоточивающий усилия на отдельных рынках;
- *массовый* — применяемый к товарам массового потребления;
- *противодействующий* — направленный на ограничение иррационального спроса;
- *развивающий* — ориентированный на превращение потенциального спроса в реальный;
- *стратегический* — основанный на изучении внутренних и внешних возможностей предприятия;
- *целевой* — предусматривающий ориентацию на определенный сегмент рынка;
- *ценовой* — основанный на установлении цены товара.

Справедливо будет заметить, что маркетинг — это целая философия предпринимательской деятельности, направленная на удовлетворение нужд и потребностей людей на основе постоянного углубленного исследования состояния рынка.

Неразрывно с определением сущности маркетинга связано понятие **маркетинговое мышление**, которое включает в себя следующие основные постулаты:

- "Без покупателя нет рынка, а без рынка нет продавца";
- "Владеющий фирмой несет расходы, владеющий рынком получает доходы";
- "Активное ожидание ничего не дает, кроме активного проигрыша";

- "Не пытайтесь сбывать то, что вам удалось выпустить, а производите то, что у вас, безусловно, будут приобретать";
- "Кто забывает о конкурентах, того завтра забудет рынок".

Специалист, владеющий искусством маркетинга, должен дать ответ на следующие вопросы: Что производить? Как организовать производство? Как обеспечить сбыт? — тех или иных товаров и услуг.

8.2. Предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении

Внедрение рыночных отношений в экономику России вызвало живой интерес к познанию форм и методов производственно-хозяйственной и коммерческой деятельности, которые используются в мировых экономических процессах. Особое место среди них занимают принципы и методы маркетинга.

Как не раз подчеркивалось ранее, в течение длительного времени роль товарно-денежных отношений и рынка в нашей стране принижалась, рыночные структуры не развивались. Первоначально был накоплен лишь небольшой опыт по применению некоторых элементов маркетинга во внешнеэкономической деятельности (внешний рынок).

Зарождение и развитие современных экономических концепций в России, переход здравоохранения к рыночным отношениям потребовали от специалистов и руководителей всех уровней управления отраслю глубоких теоретических и практических знаний в области маркетинга. В программе преподавания дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение" появились лекции по основам маркетинга; организаторы здравоохранения, практические врачи и провизоры на практике стали постигать основы маркетинговой деятельности.

Однако лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинские услуги, по-прежнему отстают от фирм — производителей медицинских товаров в практическом использовании маркетинга. И для небольших фирм занятие маркетингом кажется дорогим и нецелесообразным. Многие руководители медицинских организаций считают использование маркетинга делом профессионально неэтичным. У тех же больниц, которые и раньше пользовались большой популярностью, до недавнего времени так и не появился интерес к маркетинговой деятельности.

В настоящее время, в условиях внедрения элементов ры-

ночной экономики в здравоохранение, появления конкуренции, роста издержек, все большее число организаций здравоохранения начинают проявлять интерес к маркетингу. Среди них лидируют медицинские учреждения, которые только начинают заниматься оказанием медицинских услуг, особенно эксклюзивных.

Многие могут возразить: о какой маркетинговой деятельности может идти речь, если основные виды медицинских услуг оказывают государственные медицинские учреждения, а на рынке фармацевтических товаров до сих пор нет цивилизованных рыночных отношений? Да, пока нет. Но, как мы увидим из этой лекции, отдельные элементы маркетинга с не меньшим успехом можно применять и в нерыночных отношениях, добиваясь высокого качества и признания производимых медицинских товаров и услуг.

Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и частный секторы, сформировалась система медицинского страхования, которая способствует зарождению элементов рыночных отношений. Поэтому основными предпосылками внедрения маркетинга в здравоохранении можно считать следующие:

- повышение требований к качеству медицинской помощи в условиях роста объема платных услуг;
- развитие негосударственных коммерческих организаций здравоохранения, основной задачей которых является получение прибыли от реализации медицинских товаров и услуг;
- появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице пациентов, работодателей, страховых компаний и т. д.;
- изменение форм финансирования медицинских организаций с развитием рыночных механизмов в здравоохранении;
- рост издержек на производство медицинских услуг в связи с применением новых технологий обследования и лечения, более совершенного оборудования, новых дорогостоящих лекарственных средств;
- необходимость оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребность в них.

Именно с помощью маркетинга можно получать ответы на следующие вопросы: Какие медицинские услуги или товары хотят получить пациенты? Почему хотят получить именно эти услуги, и какую цену они готовы заплатить? Каким образом

можно добиться более высокого объема и качества оказываемых медицинских услуг и как получить более высокие доходы в отличие от конкурентов? и т. д.

В известной мере внедрение маркетинговых технологий обусловлено ростом платных услуг, развитием частного сектора и предпринимательской деятельности в здравоохранении.

При этом дальнейшее развитие частного сектора в здравоохранении становится невозможным без внедрения концепции социально ориентированного, этического маркетинга, главной целью которого должно стать удовлетворение потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи с соблюдением этических норм и нравственных принципов.

Надо понимать и то, что внедрение идеологических принципов маркетинга на современном этапе реформирования здравоохранения в России требует вдумчивых и взвешенных подходов. За последнее десятилетие мы не раз убеждались, что попытки сконструировать перспективную модель здравоохранения в России из отдельно взятых элементов здравоохранения зарубежных стран заканчивались неудачей.

Анализ ситуации позволяет сформулировать следующие особенности применения маркетинга в российском здравоохранении:

- низкий уровень конкурентных отношений в среде производителей медицинских услуг;
- выраженное влияние распределительных и перераспределительных механизмов в системе здравоохранения;
- способность производителя медицинских услуг (врача) оказывать решающее влияние на уровень их спроса и потребление со стороны пациентов;
- монополия на производство отдельных видов медицинских товаров и услуг;
- необходимость всестороннего изучения рынков здравоохранения с учетом медико-демографических, экологических, валеологических характеристик;
- нацеленность на достижение конкретного медико-социального результата (профилактика или снижение заболеваемости по конкретной нозологической форме или группе заболеваний, снижение смертности, инвалидизации в трудоспособных возрастах и др.).

Эти особенности не только определяют необходимость адаптации существующих форм и методов организации маркетинга в здравоохранении зарубежных стран, но и выработки специфических для отечественного здравоохранения маркетинговых технологий.

С учетом сказанного, можно дать следующее определение маркетинга в здравоохранении.

Медицинский маркетинг — это комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию, производство и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

8.3. Теоретические основы развития маркетинга в здравоохранении

Исходя из общей теории маркетинга, выделяют следующие концептуальные подходы ведения маркетинговой деятельности:

- концепция совершенствования производства;
- концепция интенсификации коммерческих усилий;
- концепция социально-этического маркетинга;
- концепция "маркетинга взаимодействия".

Рассмотрим каждую из них применительно к деятельности организаций здравоохранения.

Концепция совершенствования производства исходит из того, что потребители готовы приобрести те медицинские товары и услуги, которые широко распространены и доступны по цене. Применение этой концепции целесообразно в двух ситуациях. Первая: спрос на медицинские товары и услуги превышает предложение, и крайне важно найти способ увеличения их производства (например, препаратов крови, их заменителей, а также инфузионных растворов для внутривенных вливаний).

Вторая ситуация: необходимо снизить себестоимость продукции или услуг и сделать их более доступными широкому кругу потребителей (например, стоматологические услуги, современные методы лечения бесплодия, производство ряда лекарственных препаратов, таких как эналаприл и др.).

Концепция интенсификации коммерческих усилий основывается на том, что потребители не будут приобретать медицинский товар и услуги в желаемом для производителя количестве, пока он не предпримет необходимых усилий для их реализации. Основопологающий принцип этой концепции — широкое использование рекламных средств, активный поиск покупателей, например реализация пакетов медицинских услуг по программам добровольного медицинского страхования.

Концепция социально ориентированного, этического маркетинга определяет в качестве главной задачи изучение интересов и потребности целевых рынков и достижение наполняе-

мости их более продуктивными и эффективными, чем у конкурентов, способами, с одновременным сохранением и удовлетворением интересов потребителя, укреплением благополучия общества в целом.

В здравоохранении концепции социально ориентированного, этического маркетинга принадлежит главенствующая роль, поскольку рынок медицинских товаров и услуг связан с удовлетворением жизненно важных потребностей человека, сохранением и укреплением здоровья. На этом рынке сострадание и милосердие должны доминировать над прагматизмом предпринимательства.

С теоретическими основами этой концепции тесно связаны этические проблемы маркетинговой деятельности. **Этика маркетинга** — это целое направление в современном маркетинге, которое можно охарактеризовать следующим образом. С одной стороны, оно изучает с этической точки зрения маркетинговые методы и последствия их применения, с другой — разрабатывает этические стандарты и нормы для ее оценки. К сфере ее рассмотрения относятся такие этические проблемы, как правдивость рекламы, честность конкурентной борьбы, социальная справедливость ценообразования, сохранение конфиденциальности информации, гарантии безопасности товаров для здоровья, порядочность взаимоотношений конкурентов. Этика маркетинга имеет исключительно важное значение на рынке медицинских товаров и услуг, что связано с нравственными проблемами во взаимоотношениях врач—пациент и особой спецификой медицинских услуг, о чем говорилось в одной из предыдущих лекций.

С реализацией концепции социально ориентированного маркетинга тесно связано решение целого комплекса этических проблем маркетинговой деятельности.

Изучение теории зарождения и практики маркетинговой деятельности в здравоохранении позволило нам выделить следующие три основные функции маркетинга в системе управления здравоохранением:

1. Исследование рынка медицинских товаров и услуг:
 - изучение потребителей;
 - анализ деятельности организации здравоохранения;
 - изучение медицинского товара или услуги;
 - анализ внешней и внутренней среды деятельности организации здравоохранения.
2. Организация производства (разработки) новых медицинских товаров или услуг:
 - управление качеством и конкурентоспособностью произведенной продукции.

3. Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг:

- организация системы товародвижения;
- организация системы формирования спроса и стимулирования сбыта произведенных медицинских товаров и услуг.

Концепция "маркетинга взаимодействия". Организации, осуществляющие свою деятельность на рынке медицинских товаров и услуг, принимают во внимание интересы своих партнеров по бизнесу, предоставляя тем самым солидарную возможность реализовать их потенциал. Таким образом достигается благополучие потребителей, партнеров, общества в целом. Это наиболее приемлемая для системы здравоохранения концепция маркетинга.

8.4. Исследование рынка медицинских товаров и услуг

Провести анализ рынка — это значит тщательно изучить и оценить особенности той маркетинговой среды, в которой находится конкретная организация здравоохранения. Анализ рынка — самое распространенное направление в маркетинговых исследованиях. Как подчеркивают специалисты, без рыночных исследований невозможно систематически собирать, анализировать и сопоставлять всю информацию, необходимую для принятия важных решений, связанных с деятельностью на рынке. Основными результатами маркетингового исследования на рынке медицинских товаров и услуг являются:

- прогнозы его развития, оценка конъюнктурных тенденций, выявление ключевых факторов успеха;
- определение наиболее эффективных способов ведения конкурентной политики на существующем рынке и возможности выхода на новые рынки.

Главным объектом проводимых маркетинговых исследований является маркетинговая среда.

Маркетинговая среда в здравоохранении складывается из внутренней и внешней среды.

Внутренняя среда — это то, что определяется организационно-функциональной структурой организации здравоохранения, ее собственным потенциалом.

Внешняя среда подразделяется на:

- *микросреду* — факторы, непосредственно связанные с деятельностью медицинской или фармацевтической организации на рынке (поставщики, посредники, конку-

ренты, пациенты). Эту среду можно и нужно контролировать;

- *макросреду* — факторы, которые существуют и действуют независимо от усилий самой организации здравоохранения, но оказывают на нее влияние (политическая и экономическая обстановка в стране, уровень доходов населения, демографическая ситуация, структура и уровень заболеваемости населения и др.). Это неконтролируемая среда, и организация здравоохранения не может ею управлять, а может только приспособливаться.

Для изучения маркетинговой среды проводят количественные и качественные маркетинговые исследования.

Количественные исследования рынка медицинских товаров и услуг. Это, как правило, опросы населения, отдельных руководителей медицинских учреждений и предприятий, оптовых и розничных посредников и др. Для получения надежных данных используются репрезентативные опросы, которые проводятся по заранее продуманной выборке. Количественные исследования проводятся для изучения привычек потребителей, отношения их к конкретному товару или услуге, имиджу организации-производителя, реакции потребителя на рекламу, цены и других характеристик рынка. Количественные исследования отвечают на вопросы: "Что? Кто? Сколько?" и проводятся по следующему алгоритму:

- разработка программы исследования (цель, задачи, рабочая гипотеза, анкеты, методика опроса и обработки данных);
- формирование выборки респондентов;
- проведение опроса (личные интервью, телефонные интервью, почтовый опрос и др.);
- ввод и обработка данных (получение характеристик различных групп потребителей, выявление главных факторов, влияющих на формирование у них спроса);
- написание аналитического отчета с определением стратегии и тактики дальнейшего производства медицинских товаров и услуг.

Качественные исследования рынка медицинских товаров и услуг. Эти методы становятся все более популярными и применяются для того, чтобы "почувствовать" пациентов, ответить на вопросы, почему они ведут себя тем или иным образом. В отличие от количественных методов, которые как бы верят респонденту на слово, качественные методы позволяют глубже проникнуть в мотивы поведения пациентов, которые они порой сами и не осознают. Не получая количественных характеристик рынка, они позволяют судить о тенденциях,

которые складываются на рынке, дают толчок в определении маркетинговой стратегии.

Качественные методы обычно применяются в следующих случаях:

- для тестирования медицинских товаров и услуг, рекламной продукции;
- для разработки гипотез и проверки их при проведении количественных исследований;
- для более углубленного анализа полученных результатов после проведенных количественных исследований.

Как правило, в маркетинге применяют следующие два вида качественных исследований:

- групповые дискуссии, или, как их еще называют, фокус-группы;
- глубинное интервью.

Фокус — методика для выявления точек зрения людей с помощью групповой дискуссии, которую проводит ведущий (модератор) по заранее подготовленному сценарию. Групповая дискуссия записывается на магнитофон или видеокассету. В основе этой методики лежит психологический эффект, состоящий в том, что в ходе дискуссии люди, что называется, "разогреваются" и сообщают много ценной информации. Отстаивая ту или иную точку зрения, они приводят объяснения и аргументы, которые в ходе обычного интервью никогда бы не сформулировали. Важно и то, что высказывания и ассоциации одного из участников дискуссии инициируют ассоциации и активность других, что вызывает так называемый эффект домино, и становятся продуктивными для получения искомой информации.

Глубинное интервью. Это продолжительное интервью, которое проводят один на один с респондентом в течение полутора-двух часов. В отличие от достаточно регламентированных вопросов и анкетирования в количественных исследованиях, это интервью свободное. Оно не состоит из списков вопросов и конкретных вариантов ответов на них, а скорее похоже на обсуждение конкретной темы. Интервью записывается на магнитофон и затем анализируется. Эту форму хорошо использовать, когда затрагиваются вопросы, которые пациенты стесняются обсуждать в группе.

Таким образом, современное маркетинговое исследование — это процесс поиска, сбора, обработки данных и подготовки информации для принятия оперативных и стратегических решений в условиях рынка. Однако новые задачи исследования рыночной конкуренции требуют в зависимости от обстоятельств и новых методов. Поэтому возникла необходимость не

только проведения классических маркетинговых исследований, но потребовалась и новая философия, связанная с идентификацией, поиском лучших организационных форм на фирмах партнеров, конкурентов не только в собственной, но и в смежных областях с целью определения секрета успеха предпринимательства. Эта функция в современном маркетинге получила название **бенчмаркинг**. Этот термин произошел от английского слова *benchmark*, которое означает "отметку на фиксированном объекте". Бенчмаркинг представляет собой искусство обнаружения того, что другие делают лучше, изучение, усовершенствование и применение их методов работы у себя на практике.

Бенчмаркинг близок к понятию маркетинговой разведки, которое означает постоянную деятельность по сбору текущей информации об изменении внешней среды маркетинга. Однако маркетинговая разведка имеет целью сбор конфиденциальной или полуконфиденциальной информации. Бенчмаркинг же может рассматриваться как деятельность по долгосрочному обдумыванию стратегии предпринимательства, основываясь на лучшем опыте партнеров и конкурентов на отраслевом и межотраслевом уровнях. Примером тому может служить проведение комплекса маркетинговых исследований одновременно на рынках медицинских услуг, изделий медицинского назначения, лекарственных средств с целью разработки концепции новой медицинской услуги или товара.

Одной из важнейших задач исследования рынка является его сегментирование.

Сегментирование рынка медицинских товаров и услуг. Известный американский маркетинголог профессор П. Дойл говорил, что "если фирма не сумеет разбить рынок на сегменты, рынок разобьет на сегменты фирму". Это высказывание справедливо, так как любой рынок, с точки зрения маркетинга, состоит из покупателей, которые отличаются друг от друга по своим вкусам, желаниям, потребностям. Поэтому необходимо понимать, что при разнообразии спроса, да еще в условиях конкуренции, каждый отдельный человек будет неодинаково реагировать на предлагаемые ему товары и услуги. Выпуск и реализация ограниченного количества товаров и услуг, рассчитанных на некоего усредненного покупателя, без учета дифференциации, может оказаться не лучшей стратегией использования потенциальных возможностей предприятия. В связи с этим при планировании своего бизнеса необходимо рассматривать рынок как дифференцированную структуру в зависимости от групп потребителей и потребительских свойств товара, поскольку осуществление успешной коммерческой

деятельности в рыночных условиях предполагает обязательный учет индивидуальных предпочтений различных категорий покупателей — "сегментов рынка". Таким образом, сегмент — это особым образом выделенная часть рынка (группа клиентов на рынке), обладающая сходными характеристиками и одинаково реагирующая на один и тот же предлагаемый продукт и на определенные маркетинговые усилия. Из этого следует, что внутри каждого рынка существуют группы клиентов, обладающие определенными общими признаками, которые в разной степени заинтересованы в ваших товарах и услугах. Эти группы клиентов и называются **сегментами рынка**.

С помощью сегментации достигаются следующие цели:

- "подгонка" товара и услуг под желания и предпочтения покупателя;
- повышение конкурентоспособности как товара, так и его производителя, усиление их конкурентных преимуществ;
- уклонение от конкурентной борьбы путем перехода в неосвоенный сегмент рынка;
- ориентация всей маркетинговой работы на конкретного потребителя.

Смысл сегментации заключается не только и не столько в том, чтобы выделить какие-то особые группы потребителей, а в том, чтобы найти тех, кто сейчас (или в будущем) предъявляет различные требования к данному товару. Сегментация выступает средством, методом дифференциации рынка на основе изучения и учета индивидуальных потребностей каждой группы покупателей, благодаря чему рынок преобразуется в совокупность гетерогенных сегментов, для которых могут предоставляться соответствующие товар и комплекс маркетинга. Сегментирование не следует путать с делением рынков. Отличие очевидно: рынок характеризуется особым видом товаров, сегмент же предъявляет особые требования к отдельным характеристикам этого товара.

Сегментация рынка медицинских товаров и услуг осуществляется на основе данных о численности и возрастно-половом составе проживающего на данной территории населения, уровне расходов на медицинскую помощь, лекарственные средства и товары медицинского назначения, структуре и уровне заболеваемости населения.

При проведении сегментации рынка медицинских товаров и услуг нужно учитывать и другие классификационные признаки, такие как:

- социально-экономические (возрастно-половая структура пациентов, размер семьи, доход, социальное положение,

образование, религиозные, расовые и культурные различия);

- психологические (образ и стиль жизни, тип личности и интересы пациентов и др.).

Определив, что такое рынок медицинских товаров и услуг, следует произвести рыночную сегментацию, т. е. рассмотреть рынок в зависимости от групп пациентов, медицинских услуг, товаров, существующих медицинских организаций. Сегмент рынка может быть определен по-разному. В сущности, это особым образом выделенная группа пациентов, одинаково реагирующая на одни и те же медицинские товары и услуги.

Сегментация рынка подразумевает деление рынка на более мелкие составляющие элементы. Однако эти элементы, или секторы рынка, не обязательно должны быть одинакового размера, но они должны различаться либо по своим параметрам, либо по тем или иным видам деятельности на рынке медицинских услуг (реклама, методы сбыта и т. д.). Количество сегментов на рынке может быть различным. Сегментация рынка представляет собой одну из важнейших особенностей маркетинговой концепции.

Сегментацию рынка медицинских товаров и услуг можно еще представить как деление пациентов с учетом особенностей структуры их заболеваемости, инвалидизации на узкие, однородные по характеристикам группы.

При проведении сегментации необходимо учитывать и следующие критерии:

- объем медицинских услуг и число потенциальных пациентов;
- наличие той или иной группы пациентов, которую можно рассматривать как потенциальный сегмент рынка (в долгосрочном аспекте) и возможной тенденции ее роста;
- совместимость выбранного сегмента с существующими сегментами рынка основных конкурентов.

Последний критерий поможет ответить на вопрос, в какой степени основные конкуренты готовы поступиться выбранным ими сегментом рынка, насколько продвижение именно вашей услуги будет затрагивать их интересы, т. е. защищенность выбранного сегмента рынка медицинских товаров и услуг от посягательства конкурентов. В соответствии с этим определяется, кто может стать потенциальным конкурентом, каковы его сильные и слабые стороны, существуют ли у медицинской организации преимущества в конкурентной борьбе и каковы они.

Только получив ответы на эти вопросы, можно принять ре-

шение относительно того, подходит или нет данный сегмент для медицинской организации. Имеет ли смысл продолжать изучение потребительского спроса на оказываемые медицинские услуги и производимые товары, собирать информацию и инвестировать дополнительные средства или нет.

Выбор целевого рынка. Решение задачи сегментирования завершается выделением целевого рынка. Этому в маркетинговой деятельности необходимо уделять серьезное внимание, так как от правильности сделанного выбора во многом зависит эффективность всей последующей работы организации здравоохранения.

Отбор целевых рынков может проводиться в двух направлениях. Первый вариант — углубленное изучение и проникновение в существующий рынок. Что это значит? Более углубленное проникновение на рынок — это такая деятельность организации, которая позволяет ей добиться роста реализации услуг среди имеющихся потребителей (пациентов) без внесения в саму услугу (товар) каких-либо изменений.

Примером может служить деятельность родильных домов и женских консультаций. Родоразрешение и прерывание беременности будут иметь спрос и в условиях рынка. Более того, спрос на эти виды услуг останется даже в том случае, если они не будут наполнены какими-либо новшествами. В данной ситуации родильные дома будут продолжать работать с существующими услугами на существующем рынке. При этом, чтобы удержаться на рынке этих услуг при наличии конкурентов, необходимо:

- снижать преysкурантные цены на услугу;
- увеличить расходы на рекламу;
- обеспечить сервисное выполнение услуги.

Второй вариант отбора целевых рынков — это расширение границ рынка, поиск новых рынков сбыта медицинских услуг.

Позиционирование на рынке является следующим шагом в маркетинговой деятельности.

Позиционирование — создание для товаров и услуг определенной позиции среди конкурирующих товаров и услуг, своеобразной ниши, которая нашла бы отражение в иерархии ценностей, созданной в сознании потенциального покупателя, разработка такого имиджа товара, чтобы он занял в сознании покупателя достойное место, отличающееся от положения товаров-конкурентов. Другими словами, позиционирование — выработка у покупателей системы стереотипов относительно объекта покупки, что делает этот объект максимально понятным, привлекательным, отличным от других. Позиция продукта — это мнение потребителей по важнейшим его параметрам.

рам. В отличие от **имиджа продукта**, являющегося в большей степени эмоциональной характеристикой, **позиция продукта** формируется, как правило, на основе количественно измеряемых параметров. Иначе говоря, позиционирование направлено не просто на определение возможного места товара на рынке в настоящее время и в перспективе, но, скорее, на укрепление его конкурентных позиций на конкретном сегменте рынка посредством создания у покупателей предпочтительных стимулов к его приобретению.

При разработке позиционирования придерживаются определенной последовательности действий:

- сегментация рынка по таким критериям, как искомые выгоды, демографические и поведенческие особенности потенциального покупателя, область использования товара;
- изучение емкости отдельных сегментов рынка и ее прогнозирование;
- изучение позиции медицинского товара или услуги по отношению к конкурирующим аналогам и составление карты позиционирования конкурирующих и собственных товаров и услуг;
- разработка концепции позиционирования собственного товара или услуги, на основании которой решают вопрос о дифференциации, качественных параметрах, добавленном качестве;
- оценка экономической эффективности способа позиционирования.

Таким образом, позиционирование товара и услуг — это действия, направленные на обеспечение им конкурентоспособного положения на рынке.

Наиболее часто используются на практике следующие два пути позиционирования: первый — позиционировать себя рядом с одним из существующих конкурентов и начать борьбу за долю рынка; второй — разработать в рамках данного сегмента продукцию, которой еще нет на рынке.

8.5. Организация производства медицинских товаров и услуг

На рынке медицинских услуг большое значение имеет изучение поставщиков. **Поставщики** — это конкретные организации или физические лица, обеспечивающие деятельность организации здравоохранения материально-техническими ресурсами (лекарственными средствами и изделиями медицинского

назначения, медицинским оборудованием, санитарным транспортом и др.). Сама медицинская организация, в свою очередь, также является поставщиком медицинских товаров и услуг.

В условиях медицинского страхования появляется борьба за потребителя медицинских услуг. Поэтому необходимо тщательно изучать мотивы поведения пациентов на рынке медицинских услуг. В рамках маркетингового исследования руководитель организации должен определить, какие медицинские товары и оказываемые услуги будут пользоваться наибольшим спросом, каков социальный, возрастной и профессиональный состав обращающихся за ними, какова их реакция на предлагаемые цены. Цель подобного анализа будет заключаться в получении информации для принятия конкретного решения о том, какое количество каких видов медицинских товаров и услуг следует производить.

Изучение потребителей (пациентов) позволяет определить весь комплекс побудительных факторов, которыми он руководствуется при выборе медицинского товара или услуги. В качестве объектов исследования выступают потенциальные пациенты. Предметом исследования является мотивация поведения пациента и определяющие ее факторы: изучается структура потребления, обеспеченность товарами или медицинскими услугами, тенденции покупательского спроса, анализируются процессы и условия удовлетворения основных прав потребителя.

Главный вопрос, на который здесь предстоит ответить, — почему пациенты стремятся получить данные услуги? Анализируя мотивы поведения пациентов, можно не только изучить их привычки, вкусы, но и выяснить причины такого поведения. Это облегчает прогноз особенностей поведения отдельных социальных групп пациентов в обозримом будущем.

В ходе исследования совершенно неожиданно можно обнаружить, что, например, принимая решение о том, обращаться в какое-либо медицинское учреждение за услугами или нет, 10 % пациентов ставят на первое место интерьер помещения, а 15 % — вежливость персонала.

Полученная информация позволит руководству медицинского учреждения увеличить объемы оказываемых медицинских услуг и, следовательно, прибыль.

К числу маркетинговых приемов для эффективного функционирования организаций здравоохранения, в оказании населению платных медицинских услуг можно отнести следующие:

- реклама платных медицинских услуг и оценка ее экономической эффективности;

- формирование потоков пациентов за платными медицинскими услугами и координация их специально подготовленным персоналом;
- организация текущей справочно-информационной поддержки;
- привлечение потоков пациентов за счет клиентов юридических лиц (страховых компаний, предприятий), заключающих договора на оказание платных медицинских услуг своим работникам и членам семей;
- создание персонифицированных информационных баз данных пациентов и высококвалифицированного медицинского персонала, занятого в системе оказания населению платных медицинских услуг;
- оказание дополнительных медико-социальных, юридических и сервисных услуг, повышающих конкурентоспособность предоставляемых платных услуг.

Изучение **конкурентов** преследует цель получения необходимых данных для обеспечения конкурентного преимущества на рынке медицинских товаров и услуг, а также поиск путей сотрудничества и корпорации с возможными конкурентами. С этой целью анализируются сильные и слабые стороны конкурентов, изучается занимаемая ими доля рынка, а также материальные, финансовые и трудовые ресурсы конкурентов. Результатами таких исследований становятся выбор путей и средств достижения наиболее выгодного положения на рынке конкурентов.

Изучение **медицинских товаров и услуг** ставит перед собой цель — определение соответствия медико-экономических показателей и качества медицинских товаров и услуг запросам и требованиям пациентов. Объектом исследования могут являться потребительские свойства услуг-аналогов и услуг-конкурентов, реакция пациентов на новые услуги, ассортимент медицинских услуг, уровень сервиса, интерьер помещения, где предоставляются эти услуги, и т. д.

Поэтому важно определить тот объем медицинских услуг, который медицинское учреждение реально сможет оказать. Целесообразно проводить анализ по какой-либо одной услуге или группе услуг. Прежде всего следует выделить факторы, которые могут активно влиять на спрос, и получить информацию о том, кто нуждается в услугах, каков спрос на них, а самое главное — какова платежеспособность населения. Исходя из анализа различных факторов, можно определить занимаемое медицинским учреждением место на рынке медицинских услуг.

Результаты исследования дают возможность организациям

здравоохранения разработать собственный ассортимент медицинских услуг в соответствии с требованиями пациентов, повысить их конкурентоспособность, определить способы патентной защиты и т. д.

Разработка и усовершенствование медицинских услуг основывается на анализе именно тех свойств и качеств медицинских услуг, которые являются наиболее предпочтительными и необходимыми для пациентов. Основной целью этого является определение: во-первых, для каких групп пациентов предназначены данные услуги, во-вторых, какие основные свойства предлагаемых медицинским учреждением услуг имеют решающее значение для привлечения пациентов и, следовательно, повышения конкурентоспособности учреждения.

При разработке новой услуги или усовершенствовании старой важно ориентироваться на такие функциональные характеристики медицинской услуги, как долговечность, надежность, безопасность, доступность и скорость ее получения.

Установление цены — одна из форм реализации общей стратегии маркетинга, при реализации которой происходит управление ценой продукции в интересах обеспечения сбыта. Многоплановая роль цены в условиях рыночной экономики. Во-первых, она дает информацию, которая ориентирует действия покупателей и продавцов медицинских услуг. Во-вторых, стимулирует наиболее экономичный способ производства и наиболее рациональное поведение спроса. В-третьих, через цену проходит главное в рыночной экономике — распределение доходов между ее участниками. Поэтому надо учитывать действие на цену многих факторов, таких, как издержки производства, уровень полезности и необходимости товара для потребителя, реакция конкурентов на изменение цены, понятность изменения цены для потребителя, мотивы изменения цены и др. Например, понижение цены на медицинские товары и услуги для высокообеспеченных слоев населения может иметь негативные последствия в виде уменьшения сбыта, в то же время для освоения рынка потребителей с низкой платежеспособностью необходима политика низких цен.

Изучение цены направлено на определение такого уровня и соотношения цен на медицинские услуги, который бы позволял получать наибольшую прибыль при наименьших затратах.

Медицинское учреждение не может значительно повлиять на число пациентов, но может изменить средний коэффициент приобретения медицинских услуг посредством изменения цены с помощью рекламы, продвижения медицинских услуг и т. п.

При планировании объема оказываемых услуг медицинское учреждение будут интересоваться не только причины изменения спроса на услуги, но и величина этого изменения. Для этого в маркетинговой деятельности используют такой показатель, как эластичность спроса по цене. Он показывает, насколько изменится в процентном выражении величина спроса на одну медицинскую услугу при изменении цены на 1 %.

$$E_p = Q : P,$$

где E_p — эластичность спроса; Q — прирост величины спроса в %; P — прирост цены в %.

Если $E_p > 1$, то спрос относительно эластичен и изменение цены на услугу приводит к пропорциональному росту спроса. Если $E_p < 1$, то спрос относительно неэластичен и изменение цены немало изменяет спрос. В результате выбирается наиболее эффективное соотношение "затраты—цена" и "цена—прибыль".

Изучение стимулирования сбыта медицинских услуг преследует цель определить наиболее эффективные пути, способы и средства быстрого доведения этих услуг до пациента и их реализации. В качестве объектов исследования выступают поведение врачей, пациентов и контакты между ними. Результаты исследования позволяют создать благоприятное отношение к организации здравоохранения, ее медицинским услугам, определить методы формирования спроса населения, повысить эффективность рекламы.

Изучение организаций здравоохранения — это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержки или изменения отношения населения к конкретной организации здравоохранения. Для этого необходимо провести самооценку своей деятельности, а также ее оценку в глазах населения с целью выявления как положительных, так и отрицательных сторон работы.

Следующим этапом является формулирование образа организации, который она хотела бы иметь с учетом реальных возможностей. На этом этапе необходимо разработать план маркетинга организации в соответствии с поставленными задачами и приступить к его исполнению. Таким образом, маркетинг организации требует оценки ее существующего образа (лица) и разработки плана по улучшению этого образа.

Образ — это представление о больнице, поликлинике или враче, которое формируется у пациентов. Организация здравоохранения может быть довольна своим образом либо обнаружить наличие серьезных проблем. У разных людей может быть разное отношение к одному и тому же лечебно-профи-

лактическому учреждению. Если больница хочет улучшить, изменить свой образ, то для его формирования необходимо:

- во-первых, сформулировать желаемый образ: больница хочет выглядеть более новаторской, с высокой культурой обслуживания пациентов;
- во-вторых, разработать план маркетинга, в который должны входить:
 - закупка специальной аппаратуры;
 - найм компетентных специалистов;
 - обеспечение специалистам известности через рекламу.

Для этого больница должна периодически проводить исследование своих помещений, чтобы установить, способствуют ли предпринимаемые ею действия улучшению ее образа. Изменение может произойти не сразу из-за ограниченности средств или "прилипчивости" публичных образов. Если организация здравоохранения не добивается прогресса, значит, сохраняются какие-либо дефекты в ее деятельности.

Изучение отдельных лиц — это деятельность, предпринимаемая для создания, поддержания или изменения мнения по отношению к конкретным лицам. Это популяризация ведущих специалистов, знаменитостей в области медицины и здравоохранения. Если в организации здравоохранения есть высококвалифицированные специалисты, но они не известны широкой публике, необходимо обеспечить им большую популярность. Большую роль здесь сыграет реклама в доступных для широкого круга лиц изданиях, на телевидении, на радио и т. д.

Изучение общественного мнения — это разработка и претворение в жизнь идей здравоохранения общественного характера: пропаганда здорового образа жизни; кампании по борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией; программы, касающиеся проблем планирования семьи, и т. д. В этом случае использование маркетинговых приемов может преследовать самые разнообразные цели:

- достижение понимания (знания) питательной ценности пищевых продуктов;
- побуждение к единовременному действию (участию в кампании массовых прививок);
- стремление изменить поведенческие привычки (отказаться от курения, чрезмерного приема алкоголя, переедания и т. д.);
- изменение основополагающих представлений (убеждение противников в неотъемлемом праве женщины на аборт).

Маркетинг в области оздоровительных программ начинается с определения цели деятельности и постановки задач, учитывая сложившуюся ситуацию. Для этого проводятся маркетинговые исследования, направленные на выявление поведенческих установок населения.

8.6. Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг

Большую роль в формировании спроса на медицинские товары и услуги принадлежит рекламе.

Реклама — одна из важнейших составляющих маркетинга, поэтому работы по рекламе и исследованию эффективности проведения рекламных кампаний должны занимать важнейшее место в системе маркетинговых мероприятий и требуют значительного объема финансирования. Реклама способствует расширению круга пациентов, увеличению продаж медицинских услуг, росту прибыли медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

Реклама — это своеобразная форма массового увещевания. Реклама переводит качество товаров и услуг на язык нужд и запросов потребителей. Реклама представляет собой комплекс мероприятий предпринимателя по ознакомлению потребителей с производимыми и продаваемыми товарами (услугами), по стимулированию желания приобрести их. Термин "реклама" произошел от французского слова "reclame" — выкрикивать.

Мало кто сегодня ждет, чтобы потребители сами оценили товар или услугу либо искали, где их приобрести. Сила рекламы состоит в том, чтобы виртуально и физически приблизить товар к потребителю.

В сознании потребителя реклама медицинских товаров и услуг должна пройти в определенной последовательности следующие этапы:

- фиксированное внимание и появление интереса;
- сопоставление полученной информации с желаниями в настоящий момент или на перспективу;
- сохранение и использование в дальнейшем полученной рекламной информации.

Таким образом, рекламная информация о медицинских товарах и услугах должна зафиксироваться в сознании человека, побудить интерес к ней, внушить необходимость использования ее не только им самим, но и родственниками и соседями. Реклама должна нести информацию о преимуществе меди-

цинских услуг данной организации здравоохранения по сравнению с конкурирующими.

Психологи считают, что в человеческой памяти сохраняется 20 % услышанной информации, 40 % увиденной, 80 % информации, услышанной и увиденной одновременно.

Просматривая газеты, журналы, другую печатную продукцию, большинство людей останавливают внимание прежде всего на иллюстрациях. Особенно результативна реклама, позволяющая провести сравнение состояния того или иного пациента до получения медицинской услуги и после нее (например, после проведения косметологической операции по коррекции тех или иных дефектов лица). По мнению специалистов-психологов, в сознании современных людей доминируют 15 основных тем, которые прежде всего вызывают у них интерес: жизнь известных людей (политиков, деятелей искусств и др.), дети, спорт, войны и катастрофы, секс, развлечения, мода, скандалы, мир животных, деньги, продукты питания, лекарства, косметика, изделия медицинского назначения, астрологические прогнозы. Поэтому использование этих тем в качестве фона или заставок повышает воздействие на сознание человека рекламируемых товаров и услуг. Объем реализованных платных услуг напрямую зависит от объема средств, потраченных на рекламу. Специалистами-маркетологами подсчитано, что для поддержания спроса выделяемые на рекламу средства не должны быть меньше 5—7 % объема полученного от реализации платных услуг дохода.

Важнейшая задача формирования спроса и стимулирования сбыта медицинских услуг — это создание положительного образа врача и медицинской организации в целом. Реклама должна быть сделана так, чтобы люди сразу же подумали именно о вашем медицинском заведении и его услугах в момент, когда у них возникли проблемы со здоровьем. Формирование спроса заключается в том, чтобы:

- сообщить потенциальному пациенту о всех интересующих его услугах;
- представить доказательства, удостоверяющие качество выполнения предлагаемых услуг;
- максимально снизить психологический барьер недоверия со стороны потенциальных пациентов.

Однако нельзя не замечать и отрицательных сторон рекламной деятельности в здравоохранении.

Сегодня реклама в различных отечественных СМИ множества товаров и услуг предлагает также и широкий спектр изделий медицинского назначения, способов профилактики и лечения различных заболеваний, не думая о том, что последст-

вия самолечения нередко приводят к печальным результатам. Кроме того, существует целая группа медикаментов, содержащих наркотические, психотропные и другие вещества, прием которых возможен только под тщательным контролем лечащего врача.

Как известно, практически все современные медикаменты того или иного назначения, а также средства профилактики заболеваний, витамины и прочие лекарственные средства имеют ограничения в применении, не говоря уже о некоторых нежелательных побочных эффектах. Многие препараты не рекомендуется применять в сочетании с другими лекарственными средствами, они могут иметь ограничения по возрастным категориям и общему состоянию организма и уж совершенно точно имеют противопоказания при некоторых хронических заболеваниях. Существует целая группа медикаментов, не рассчитанных на широкое потребление. В число не вполне безопасных средств профилактики можно также включить различные зубные пасты, пищевые добавки, кремы, шампуни лекарственного назначения. Рекламу практически всех этих средств сегодня можно увидеть на телевидении, в журналах, других средствах массовой информации.

Способов убедить пациента приобрести такой товар или услугу очень много, однако, приобретая то или иное лекарственное средство, покупатель может не осознавать всю серьезность предупреждения, содержащегося в инструкции по применению, или, наоборот, сознательно использовать его в ненадлежащих целях. Он может также совершенно не владеть медицинской терминологией или попросту не знать собственной "истории болезни". Зато обилие рекламных роликов, заверяющих нас в превосходном качестве продукта, как правило, от всемирно известных компаний, создает уверенность в его безопасности. Появление пациента на приеме у врача с готовыми схемами диагностики и лечения вызывает проблемы деонтологического плана, подрывает доверие пациента к врачу, тем самым, безусловно, снижая эффективность лечения. Это является следствием отсутствия в России закона, регулирующего правовые отношения в сфере рекламы медицинских услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения.

Отдельные вопросы регулируются следующими законодательными актами: Федеральный закон "О рекламе"; отдельные положения Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан; Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Однако перечисленные нормативно-правовые акты не в полной мере охватывают отношения, возникающие в данной

сфере. Сам закон "О рекламе" не имеет отдельной статьи о рекламе медикаментов и медицинских услуг, а лишь содержит в статье 16 п. 2 ("Особенности рекламы отдельных видов товаров") короткий перечень требований к осуществлению деятельности в данной сфере, который главным образом сводится, во-первых, к необходимости получения разрешения на производство и реализацию рекламируемого продукта, а также лицензии на осуществление деятельности, связанной с лечением, профилактикой, диагностикой, реабилитацией, выдаваемых федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения; во-вторых, к тому, что "реклама лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, а также реклама изделий медицинского назначения и медицинской техники, использование которой требует специальной подготовки", должна осуществляться только в печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

И хотя закон "О рекламе" в целом устанавливает ряд общих требований к рекламе всех видов товаров, работ и услуг, которые в равной мере относятся и к рекламе медицинских изделий, услуг и лекарственных средств (такие как недопустимость недобросовестной рекламы, недостоверной рекламы, неэтичной рекламы), он далек от совершенства.

Поэтому давно назрела необходимость в принятии Федерального закона "О рекламе медицинских услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения". В этом плане очень интересен опыт наших зарубежных коллег.

На территории стран Европейского Союза реклама медикаментов и лекарственных средств помимо обязательного лицензирования, достоверности, этичности, должна отвечать, в частности, следующим обязательным требованиям:

- наличие указания о необходимости ознакомиться с показаниями по применению лекарственного средства, а также обязательной консультации с лечащим врачом;
- распространяемая в СМИ рекламная информация о действии препарата должна соответствовать информации на упаковке;
- реклама витаминных препаратов и пищевых добавок диетического свойства может содержать информацию о полезном воздействии на организм человека, но не должна создавать впечатление о необходимости их применения.

При этом запрещаются:

- реклама лекарственных средств, предназначенных к употреблению только по предписанию врача;

- предположения об обязательном положительном эффекте, а также сравнения действий препаратов одного назначения;
- использование образа медиков в рекламе;
- ориентированность рекламы непосредственно на детскую аудиторию.

Существуют следующие типовые методы проведения рекламы.

- **Публикация в печати.** Это простейший и наиболее дешевый способ рекламы. Важно при этом правильно выбрать тип газеты или журнала.
- **Иллюстрированная реклама.** Наглядно демонстрировать товар можно по телевидению, в видеозаписях. Поэтому многие фирмы стремятся создавать мини-сюжеты о своей продукции.
- **Прямая почтовая реклама.** Этот способ предполагает рассылку сведений о товаре или услуге. Рассылка может осуществляться сплошным способом или выборочным, когда материалы посылаются реально возможным покупателям.
- **Рекламирование через каталог.** Оформление каталога осуществляется высококвалифицированными специалистами, что обеспечивает привлекательность товара.
- **Участие в выставках.** Выставка — это место встречи продавцов и заинтересованных покупателей. Здесь можно продемонстрировать преимущества товара и заключить долгосрочный договор о поставках.
- **Прямой контакт с потенциальным покупателем.** Агент фирмы ведет прямую беседу с потенциальным заказчиком, как правило, с руководителем предприятия-покупателя.

Реклама на экране отличается от рекламы на бумаге. Реклама на телевидении сочетает в себе изображение и звук, однако поток рекламы перегружает эфир. Объявления в печати отличаются большей долговечностью, но реже находят своего покупателя. Поэтому важно сочетать различные формы и комбинации рекламы, находя самую эффективную.

С рекламой тесно связан другой вид маркетинговой деятельности — брэндинг.

Брэндинг — это деятельность по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанная на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений, материалов "сейлз промоушн" и других элементов рекламы, объединенных определенной идеей и однотипным оформлением, выделяющих товар среди конкурентов и создающих его образ — **brand image**. Брэндинг — это наука и ис-

кусство создания долгосрочного покупательского предпочтения данной товарной марки среди конкурирующих товаров. Создатели брэнд-имиджа учитывают физические свойства продукта, чувства, которые он вызывает у потребителя, и апеллируют не только к сознанию, но и к эмоциям, воздействуя на подсознание. Брендинг — постоянно развивающаяся деятельность, отсекающая конкурентов. На практике часто путают два понятия: **бренд** и **торговую марку**. На самом деле бренд — это не только торговая марка, состоящая из названия, графического их изображения (логотипа). Понятие "бренд" более широкое, поскольку в него еще дополнительно входят: сам товар или услуга со всеми его характеристиками, информация о потребителе, обещания каких-либо преимуществ, данных автором бренда потребителям, и др.

Разработка системы продвижения на рынок медицинских товаров и услуг — это комплекс мероприятий, направленных на формирование спроса и стимулирование сбыта товаров и услуг. Для того чтобы оценить эффективность такой деятельности, определить новые способы привлечения пациентов, необходимо четко и ясно обозначить круг проводимых мероприятий и провести их анализ. Для этого в первую очередь нужно получить ответы на следующие вопросы:

- как долго пользуются услугами вашего медицинского учреждения;
- какие усилия оно предпринимает, чтобы убедить пациентов обращаться за услугами именно к вам;
- как регулярно ведутся такого рода работы в рамках вашего медицинского учреждения;
- что делается для того, чтобы ваша медицинская организация получила широкую известность;
- на какую часть населения рассчитаны данные медицинские услуги;
- как пациент узнал о них.

Продвижение медицинских услуг включает в себя рекламу в самых разнообразных формах, мероприятия по формированию общественного мнения, стимулирующие мероприятия, о чем было сказано ранее.

В системе мер по реализации товаров и услуг огромное значение имеют **каналы товародвижения**, которые представляют собой совокупность различных организаций — производителей и потребителей, связанных с передвижением и обменом товаров. Выделяют три вида каналов товародвижения:

- прямые;
- косвенные;
- смешанные.

Прямой канал товародвижения — продвижение товаров происходит на основе прямых хозяйственных взаимоотношений с потребителем по схеме: производитель — конечный потребитель. Этот вариант используется в случае, когда производитель не желает отдавать часть прибыли посредникам, когда спрос на товар высокий и сам товар высокодоходный.

Косвенный канал товародвижения — канал, в котором обязательно присутствует независимый участник товародвижения (дистрибьютор). Несмотря на то, что, используя посредников, производитель теряет часть прибыли, их привлечение объясняется в основном необходимостью в обеспечении широкой доступности товара и доведении его до целевых рынков. Благодаря своим хозяйственным связям, опыту, специализации и размаху деятельности посредники способствуют реализации товаров гораздо в большем объеме, нежели фирма могла бы это сделать в одиночку.

Смешанный канал товародвижения сочетает функции первых двух.

Практика применения маркетинга в здравоохранении показала, что использование только отдельных его составляющих, например только изучения медицинского товара, услуги или только изучения и прогнозирования рынка медицинских товаров или услуг, не дает должного эффекта. Только комплексный подход к маркетинговой деятельности позволяет эффективно прорваться на рынок, особенно с новыми медицинскими товарами и оригинальными услугами. Например, широкое внедрение малоинвазивных методов хирургического вмешательства с использованием эндоскопической техники, использование ИКСИ-метода лечения мужского бесплодия путем инструментального введения сперматозоида в яйцеклетку или лечение гемолитической болезни путем переливания крови плоду во время беременности под контролем УЗИ.

В настоящее время маркетинг рассматривается в двух аспектах: с одной стороны, как система, ориентированная на стратегию и тактику активного приспособления к изменяющимся требованиям рынка, а с другой — как деятельность на рынке, ориентированная на продвижение товаров и услуг.

Сущность маркетинга в том, что это не только одно из важнейших направлений совершенствования управления производством и сбытом продукции, но и сложный социально-экономический процесс, целью которого становится обеспечение наиболее полного удовлетворения безграничных потребностей людей.

Маркетинг — это не просто сбыт или рынок. Это такой вид деятельности, при котором производителем используется

системный подход и программно-целевой метод решения хозяйственных проблем, а рынок, его требования и характер реакции являются критерием эффективности деятельности. С помощью маркетинга можно максимально приблизить производство медицинских товаров и услуг к потребностям их потребителей (пациентов) и получить ожидаемый медицинский и экономический результат. А это именно то, что нужно здравоохранению в рыночной экономике.

Знать маркетинг нужно и тем, кто не связан с ним непосредственно. Поэтому принципы маркетинга могут быть использованы врачами, провизорами и другими специалистами в их повседневной, практической деятельности.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ VIII



Рис. 8.1. Концепция, задачи и функции маркетинга

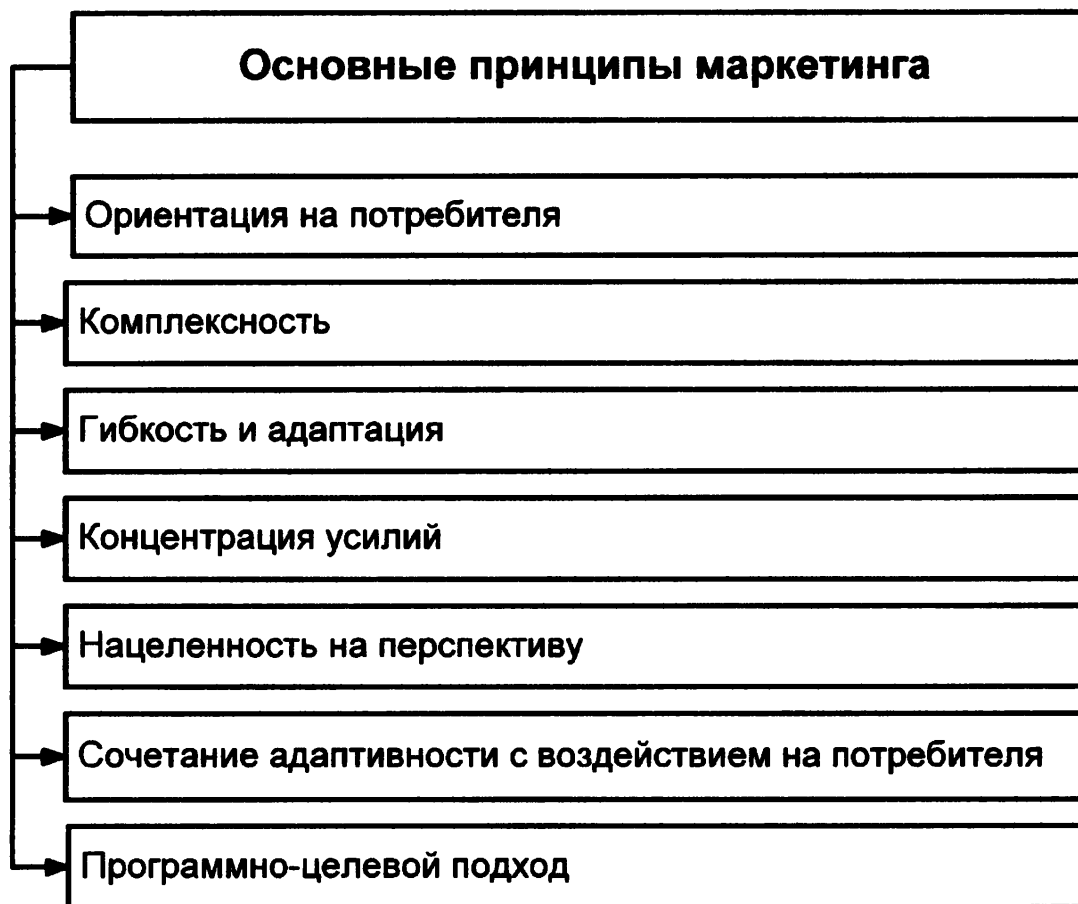


Рис. 8.2. Основные принципы маркетинга

ВНЕШНЯЯ МАКРОСРЕДА

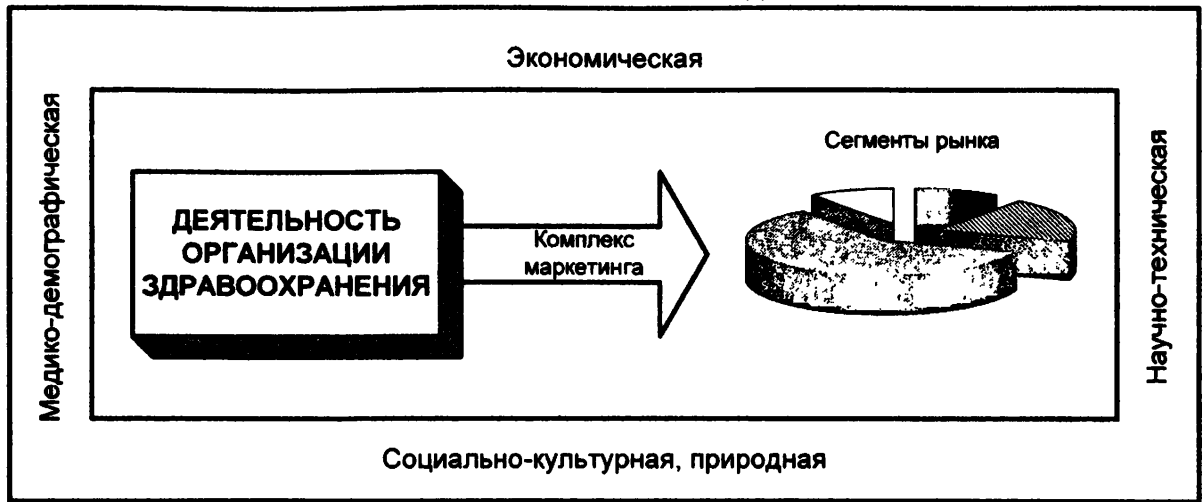


Рис. 8.3. Содержание концепции маркетинга

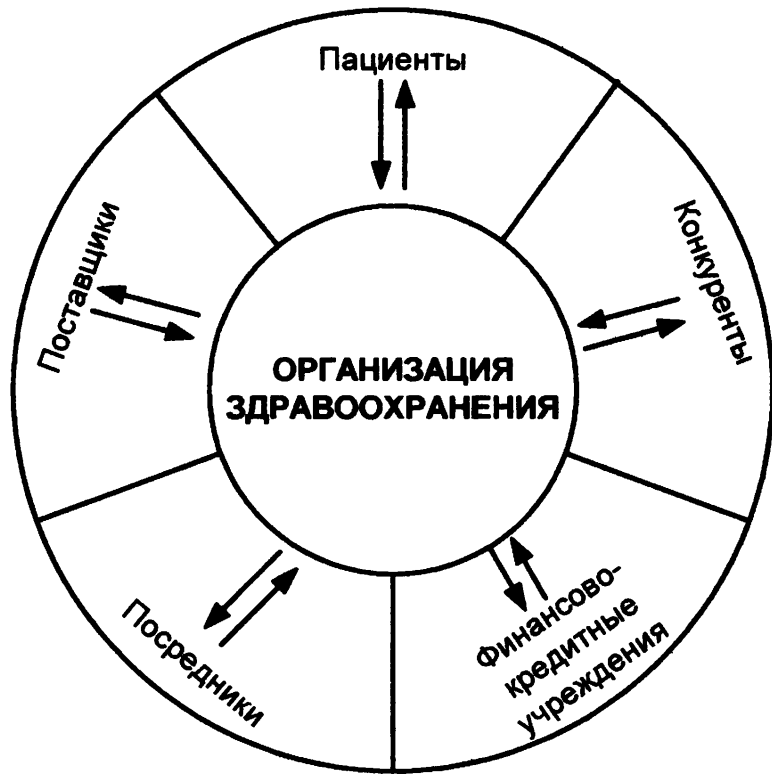


Рис. 8.4. Внешняя микросреда маркетинга

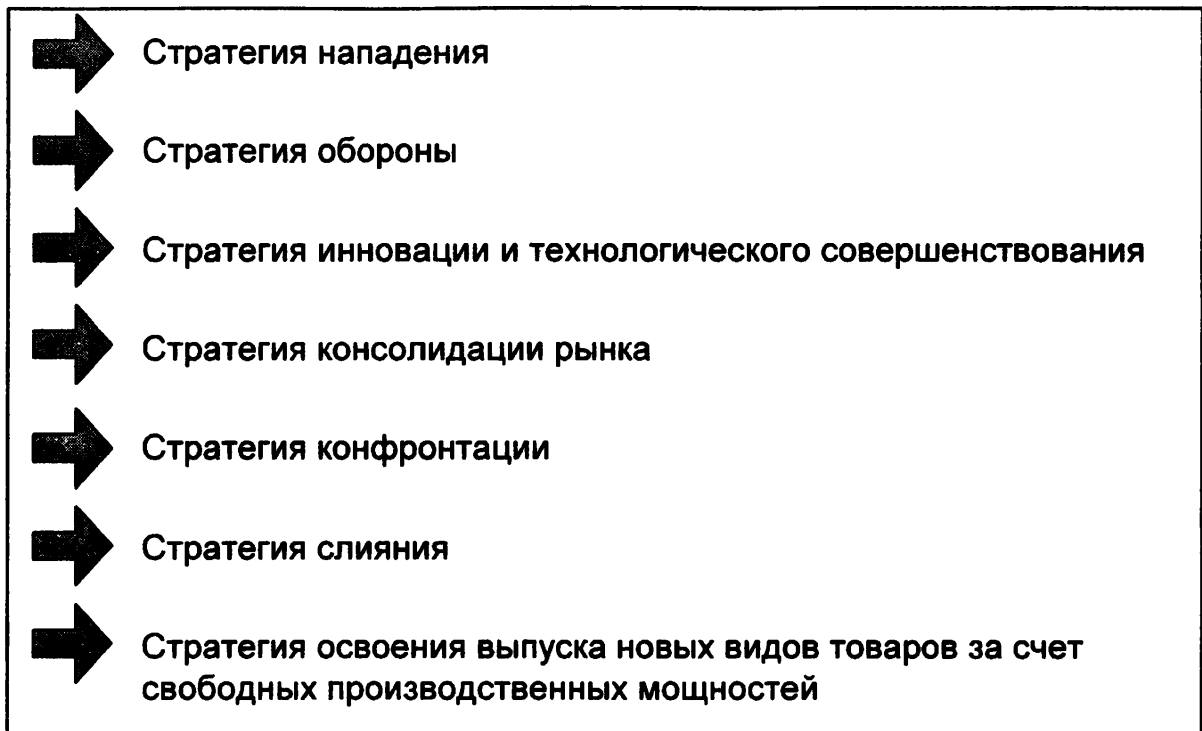


Рис. 8.5. Основные виды маркетинговых стратегий

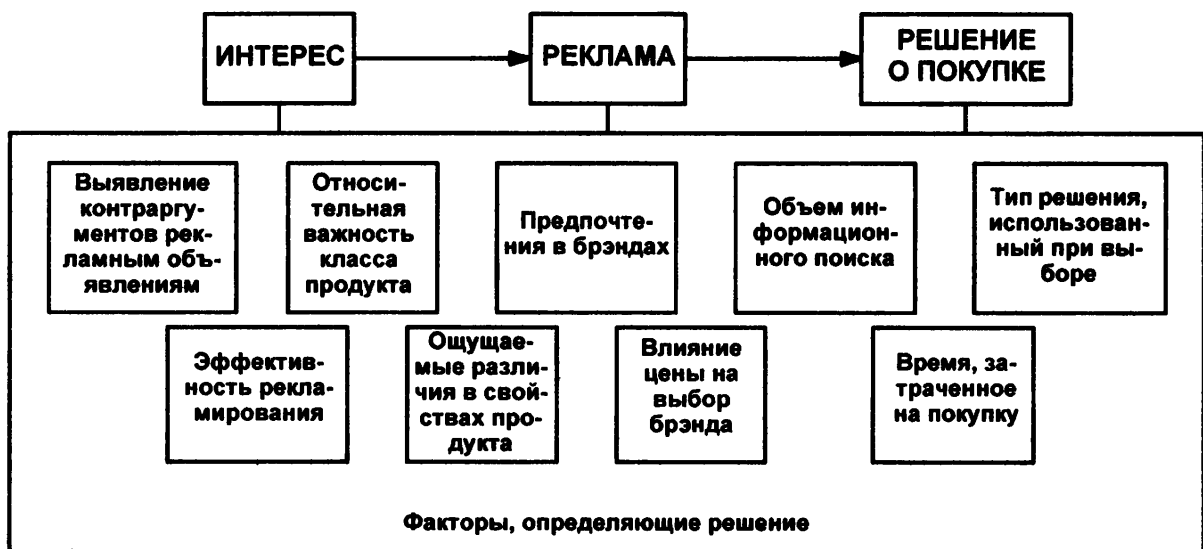


Рис. 8.6. Факторы, определяющие заинтересованность потребителя

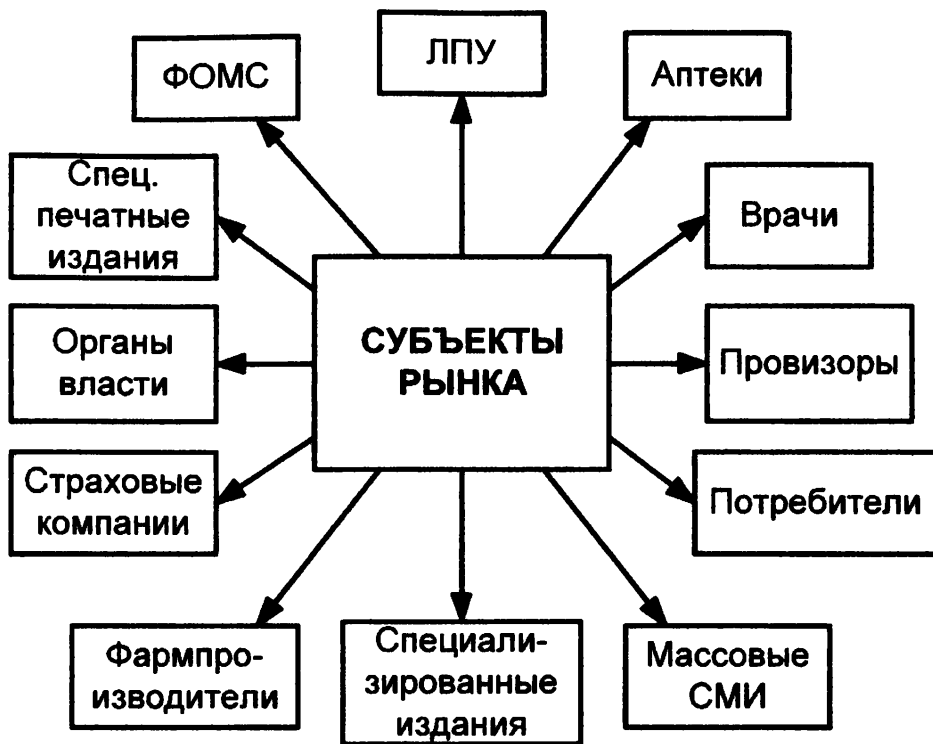


Рис. 8.7. Субъекты фармацевтического рынка



Рис. 8.8. Современная технология продвижения лекарственных средств

Лекция IX. ОСНОВЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

9.1. Общие положения

Прежде чем перейти к обсуждению проблем стандартизации, следует остановиться на основных понятиях.

Что же такое процесс стандартизации в здравоохранении? Под **стандартизацией в здравоохранении** следует понимать *деятельность, направленную на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.*

В основе процесса стандартизации лежит понятие "стандарт". В общем понимании **стандарт (standard)** — это *нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом.* Применительно к системе здравоохранения это понятие может быть расширено: **стандарт** — это *нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливаются для всеобщего многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения.* При формулировке этого определения используется термин "консенсус". В данном случае под консенсусом понимается общее согласие, характеризующееся отсутствием серьезных возражений по существующим вопросам у большинства заинтересованных сторон и достигаемое в результате процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки зрения.

Необходимость стандартизации как формы регулирования процессов и результатов деятельности во всех сферах производственно-технических, торгово-экономических, социальных и других отношений находит подтверждение в активизации этой работы как на международном уровне, так и в нашей стране.

Накопленный мировой и отечественный опыт выявил широкий спектр проблем и задач, которые могут быть решены исключительно средствами стандартизации.

Эффективность стандартизации в условиях развитых рыночных отношений обеспечивается следующими ее основными функциями: экономической, социальной и коммуникативной.

Экономическая функция охватывает следующие аспекты:

- предоставление информации о продукции и ее качестве, позволяющей производителям и потребителям правильно оценить, выбрать товар или услугу, с меньшим риском вложить средства в инвестиционные проекты и программы;
- содействие конкуренции на основе стандартизации методов испытаний и унификации основных параметров продукции, что позволяет проводить ее объективное сравнение;
- обеспечение совместимости и взаимозаменяемости отдельных видов товаров или услуг;
- рационализация управления технологическими процессами и обеспечение заданного уровня качества продукции.

Социальная функция стандартизации предусматривает определение такого уровня параметров и показателей товаров и услуг, который соответствует требованиям общественного здоровья, санитарии и гигиены, обеспечивает охрану окружающей среды и безопасность людей при производстве, обращении, использовании и утилизации продукции.

Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, а также унификацию терминов и определений, классификаторов, методов измерений и испытаний, обеспечивая тем самым необходимое взаимопонимание с учетом международных регламентов.

Разработка глоссариев определений и терминов является одной из важнейших задач реализации коммуникативной функции стандартизации.

Основными исходными предпосылками развития и совершенствования стандартизации в Российской Федерации являются:

- признание необходимости государственного регулирования рыночной экономики, с одной стороны, и высокий уровень самостоятельности хозяйствующих субъектов — с другой;
- интеграция России в европейскую, мировую экономику и вступление во Всемирную торговую организацию (ВТО);

- сохранение приоритетности торгово-экономического, научно-технического и технологического партнерства в рамках СНГ;
- необходимость поэтапного снижения импортозависимости рынка отечественных товаров и услуг;
- выявление областей науки и техники (открытые информационные системы, CALS-технологии), где стандартизация также должна носить опережающий характер.

Наиболее существенным различием между отечественной и международной практикой стандартизации является правовой статус стандартов. За рубежом большинство стандартов носят рекомендательный характер, в то время как в России (в соответствии со статьей 7 Закона Российской Федерации "О стандартизации") они содержат обязательные требования. Например, требования, устанавливаемые государственными стандартами для обеспечения безопасности продукции, работ и услуг для окружающей среды, жизни, здоровья и имущества, для обеспечения технической и информационной совместимости, взаимозаменяемости продукции, единства методов их контроля и единства маркировки, а также иные требования, установленные законодательством Российской Федерации, являются обязательными для соблюдения государственными органами управления, субъектами хозяйственной деятельности.

Директивность государственных стандартов определяется следующими нормативно-правовыми актами: законами Российской Федерации, Указами Президента Российской Федерации, законами субъектов Российской Федерации, Постановлениями Правительства Российской Федерации, постановлениями Госстандарта России, постановлениями и приказами иных органов федеральной исполнительной власти и др. Законодательную и нормативно-правовую основу стандартизации вообще, в том числе в здравоохранении, составляют следующие законы Российской Федерации: "О стандартизации", "О защите прав потребителей", "О сертификации продукции и услуг", "Об обеспечении единства измерений", основополагающие стандарты государственной системы стандартизации и др.

Приоритетные направления стандартизации. В мировой практике общепризнанными приоритетными направлениями работ по стандартизации являются:

- безопасность и экология;
- информационные технологии;
- ресурсосбережение.

К важнейшему направлению стандартизации относится также нормативное обеспечение качества товаров и услуг с

целью защиты прав потребителей. В числе приоритетных как за рубежом, так и в России сформировалось социальное направление, в частности, стандартизация в сфере медицинских товаров и услуг.

Международное сотрудничество в области стандартизации. В последние годы удалось в основном гармонизировать порядок и правила организации работ в отечественной системе стандартизации с принятыми в большинстве зарубежных стран международными процедурами разработки и принятия стандартов. Это позволяет экономить ресурсы на пополнение фонда отечественных стандартов новыми, а также затраты на актуализацию требований действующих стандартов.

Участие России в международном сотрудничестве в области стандартизации и других закрепленных за Госстандартом России направлениях деятельности должно содействовать, прежде всего, созданию и развитию рыночной экономики, расширению внешней торговли, укреплению научно-технических, экономических и промышленных связей Российской Федерации с зарубежными странами, повышению качества отечественной продукции и ее конкурентоспособности на мировом рынке.

Организационно-финансовой основой системы отечественной стандартизации является Федеральный фонд стандартов.

9.2. Предпосылки становления системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации как одно из приоритетных направлений совершенствования медицинской помощи предусматривает обеспечение ее качества и безопасности путем проведения комплекса работ по стандартизации, лицензированию и сертификации.

Решение этой задачи в условиях снижения финансирования и децентрализации управления здравоохранением возможно путем планомерного внедрения комплексной системы нормативного обеспечения организаций здравоохранения, позволяющей регулировать и осуществлять контроль за их деятельностью и обеспечивать защиту прав граждан в области охраны здоровья. Создание системы стандартизации в здравоохранении, определение основных методических подходов к разработке и совершенствованию стандартов, отраслевых норм и правил позволяет более активно влиять на профилактический, диагностический, лечебный и реабилитационный

процесс, управление качеством медицинской помощи в целом.

Отсутствие в настоящее время систем стандартизации и сертификации в здравоохранении ограничивает возможности стратегического планирования, существенно тормозит развитие медико-социального страхования. В такой ситуации органами управления здравоохранением в различных регионах России осуществляется разработка нормативных документов, часто взаимоисключающих друг друга, не связанных единой идеологией, что приводит к неэффективному использованию имеющихся ресурсов и снижает управляемость отраслью.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации существенным образом отличается от развития соответствующих систем стандартизации зарубежных стран, что обусловлено, в первую очередь, особенностями организации медицинской помощи в Российской Федерации.

Так, например, существующая в США система здравоохранения ориентирована на то, что значительный объем амбулаторной медицинской помощи оказывают не медицинские работники, а "парамедики" (представители немедицинских специальностей). Эта парамедицинская помощь оказывается по достаточно жестким стандартам, причем "парамедики" не занимаются установлением диагноза, а действуют строго в рамках предписанного в соответствии со сложившейся ситуацией алгоритма лечения угрожающих жизни больного состояний. Подходы и традиции отечественной медицины исходят из принципов индивидуализации оказания медицинской помощи, лечения не болезни, а больного, тесного взаимодействия пациента с лечащим врачом. Эти принципы закладывались земскими врачами, успешно реализовывались при создании участковой службы, находят свое новое развитие в системе врачей общей (семейной) практики.

Таким образом, существующие различия в организации медицинской помощи в разных странах отражают особенности развития систем стандартизации в здравоохранении. Кроме того, на разработку стандартов накладывает большой отпечаток состояние законодательной и материально-технической базы системы здравоохранения, наличие и развитость в ней многоукладности форм собственности (соотношения государственного и частного секторов), платежеспособность населения, формы медицинского страхования и др.

Еще одной особенностью российской системы стандартизации в здравоохранении является развитие ее на научной основе, с использованием международного опыта и методологических подходов отечественной Концепции стандартизации, в

то время как во многих странах стандартизация развивалась эмпирически, путем проб и ошибок, не имея строгих научных и методологических основ. Результатом этого явилось создание систем, которые не могут быть описаны единым алгоритмическим языком, их невозможно запрограммировать.

Таким образом, изучение проблем стандартизации в здравоохранении других стран показывает, что, несмотря на длительную историю развития и множество разработанных нормативных документов, простой перенос существующих зарубежных систем стандартизации в практику отечественного здравоохранения невозможен. Вместе с тем, разрабатывая собственную систему стандартизации в здравоохранении, необходимо учитывать многолетний богатый международный опыт в этой области.

Многочисленные отечественные разработки по стандартизации в здравоохранении, выполненные различными организациями в предыдущие годы, можно классифицировать следующим образом:

- *Первая группа* — стандарты ведения больных (диагностика и лечение заболеваний).
- *Вторая группа* — стандарты, регламентирующие действия медицинского персонала в отдельных ситуациях (оказание экстренной медицинской помощи, выполнение манипуляций и др.).
- *Третья группа* — стандарты, регламентирующие условия оказания различных видов медицинской помощи (материально-техническое оснащение организаций здравоохранения, санитарные, строительные нормы и правила и т. д.).
- *Четвертая группа* — стандарты технологических требований к изготовлению, применению лекарственных средств и медицинской техники.
- *Пятая группа* — стандарты, регламентирующие требования к уровню профессионального образования (медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала).

Однако анализ действующих документов показал, что стандарты первой и второй группы не отвечают формальным требованиям Государственной системы стандартизации (ГСС) ни по оформлению, ни по содержанию. Стандарты — это нормативные документы прямого действия, и они должны выполняться всеми участниками процесса, регламентированного этими документами. В документах, касающихся технологии выполнения медицинских услуг, встречаются алгоритмы, которые или предполагают многовариантность, или, наоборот,

строго регламентируют схемы лечения, вплоть до назначения конкретных лекарственных препаратов и их дозировок. Методология стандартизации исключает как тот, так и другой подходы. Требования должны быть сформулированы однозначно. Не допускается разное их толкование. Вместе с тем требования могут быть сформулированы таким образом, что, не допуская произвольной трактовки, создают медицинскому работнику достаточный диапазон действий для реализации его профессиональных знаний и навыков, сохраняя тем самым творческий подход в искусстве врачевания.

Создание единой системы стандартизации в здравоохранении направлено на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию, сертификации, аккредитации. Это в свою очередь будет способствовать рациональному использованию финансовых, кадровых, материальных, информационных ресурсов, оптимизации профилактического и лечебно-диагностического процесса, интеграции отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Существующая система требований к материально-технической базе организаций здравоохранения детально разработана только санитарно-эпидемиологической службой. К этим требованиям относится большой перечень, включающий санитарные правила и нормы (СанПиН), строительные нормы и правила (СНиП), используемые при проектировании, строительстве и эксплуатации лечебно-профилактического учреждения, требования к условиям труда медицинского персонала и его охране, наличие необходимого медицинского и вспомогательного оборудования, лекарственного обеспечения и т. д.

Одним из основных документов, составленных на основе этой системы требований, является паспорт санитарно-технического состояния условий труда в учреждениях здравоохранения.

Другим важным набором требований является табель оснащения организации здравоохранения — перечень оборудования и приборов, которые необходимо иметь для достижения высокого качества профилактического или лечебно-профилактического процесса. Такой табель оснащения (спецификация включенного в него медицинского оборудования, техники, инструментария) должен формироваться в зависимости от конкретных задач, решаемых персоналом данной организации здравоохранения.

Ранее подобные таблицы оснащения учреждений здравоохранения разрабатывались и утверждались. Однако за годы ре-

форм изменились подходы к организации медицинской помощи, появились учреждения здравоохранения нового типа (например, офис врача общей практики, центры профилактической медицины и др.), внедряются современные медицинские технологии. Тем не менее стандартизованные подходы к формированию новых табелей оснащения до настоящего времени отсутствуют.

Помимо перечня необходимого медицинского и вспомогательного оборудования, в стандартизации нуждаются и сами приборы, инструментарий, средства медицинского назначения, трансфузионные среды и т. д. Было бы неправильным утверждать, что в этом направлении нет нормативных актов. Напротив, существует огромное количество ГОСТов, ОСТов, технических требований и условий. Но, как показал анализ ситуации, и они просто не успевают за появлением новых образцов медицинской техники и оборудования.

Другим значимым аспектом стандартизации является профессиональная аттестация кадров, цель которой — определение уровня компетентности специалиста на данном рабочем месте. Также одним из способов оценки профессиональной подготовки медицинского персонала является обязательная сертификация с дальнейшим подтверждением сертификата раз в 5 лет.

Сертификация подразумевает соответствие подготовки специалиста образовательному стандарту теоретических знаний, навыков и умений. Такие образовательные стандарты разрабатываются для всех специалистов. Современная система подготовки медицинского персонала устанавливает в основном временные требования к овладению профессией и специальностью. Регламентированные перечни обязательного объема знаний и умений для подавляющего большинства специальностей в отечественной медицине пока отсутствуют.

Наиболее важным и сложным объектом для оценки качества и стандартизации являются медицинские услуги. Существуют два основных подхода в объяснении термина "медицинская услуга". Первый, более ранний, сформировался с момента появления платных услуг в медицине. Здесь под медицинской услугой понимается отдельно взятая манипуляция или процедура (например, клинический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и т. д.). Другое представление о медицинской услуге стало формироваться вместе с появлением медицинского страхования и подразумевает некоторое законченное действие по профилактике, диагностике, лечению или реабилитации конкретного заболевания.

Современная классификация медицинских услуг определяет медицинскую услугу по степени сложности, функциональному назначению и по условиям ее оказания (в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в стационаре, в процессе транспортирования).

Наиболее распространен подход, основанный на подборе групп пациентов, каждая из которых представляет совокупность, классифицируемую с учетом исходного состояния пациентов и достижения сравнимых результатов оказания им медицинской помощи (принцип: "the right man — the right place", т. е. "определенному человеку — определенное место"). Именно на этом принципе базировалась проведенная в США работа по созданию диагностически-родственных групп (DRG) или, как их еще называют, КСГ — клинико-статистических групп.

Иную точку зрения отстаивают ряд специалистов, считающих, что услуга всегда имеет непосредственное отношение к определенному заболеванию и не может рассматриваться отдельно от него. Стандарты выполнения медицинских услуг также должны быть "привязаны" к нозологической форме. Такой "нозологический" подход в медицине традиционен. Роберт Хэгглин (1997) отмечал, что "в основе каждого врачебного действия лежит диагноз". Тот же нозологический принцип нашел отражение в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24.10.96 г. "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации", в котором подчеркнута: "Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней".

Создание таких "унифицированных наборов и объемов диагностических и лечебных мероприятий" базируется на тысячелетнем опыте медицины. В клинической медицине есть общие подходы и требования к организации диагностического процесса, формированию диагностической гипотезы на основании имеющихся симптомов и синдромов. Также имеются общие подходы к применению различных схем лечения и методик оценки эффективности результатов лечения и прогноза. Эти подходы и требования, пусть не регламентированные нормативными актами, достаточно традиционны и используются в медицинской практике на протяжении всего времени

ее существования, совершенствуясь по мере развития медицинской науки и технологий.

В отечественной медицине существует ограниченное число разработанных и используемых на практике программ (протоколов) ведения больных, регламентирующих порядок проведения клинических, лабораторных и инструментальных исследований на всех этапах диагностики, лечения и наблюдения за больным. Наибольший опыт их разработки накоплен в гематологии и онкологии. Так, например, в Гематологическом научном центре РАМН используются протоколы обследования пациентов, страдающих лимфогранулематозом, гемолитическими анемиями, лимфомами и т. д. Они не только содержат перечень необходимых для постановки диагноза или контроля за ходом лечения больного показателей, но и регламентируют своевременность их проведения (при обращении больного, после завершения химиотерапии, после лучевой терапии и т. д.). Такие протоколы "стандартизируют" обследование больного и отражают весь спектр возможностей для специализированного лечения пациента.

Отношение различных специалистов к разработке и использованию стандартов для ведения больных и оценки качества медицинской помощи неоднозначно. По мнению одних, использование подобных стандартов методически некорректно. Другие подчеркивают, что стандарты являются единственно возможным способом определить гарантированный объем медицинской помощи пациенту, который не может быть выражен в любой другой, например описательной, форме [Галкин Р. А., 1993; Михайлов В. В., 1993, и др.].

Стандартный методологический подход с четким описанием требований и условий проведения диагностического процесса наиболее развит в лабораторном деле. Вопрос стандартизации и унификации лабораторных методик для получения сравнимых результатов и облегчения их оценки — не новый в медицине. Он возник в связи со значительным увеличением числа лабораторных диагностических тестов. Сейчас, как правило, для определения одного лабораторного показателя существует не один метод. Так, например, исследование активности ферментов биологических жидкостей проводится двумя способами: колориметрическим (тест Ройтмана и Френкеля для трансаминаз) и кинетическим (основанным на оптическом тесте). И тот, и другой методы достаточно широко употребляемы. Поэтому вопрос состоит в том, какому из них отдать предпочтение и включить в стандартный набор диагностических исследований.

Заметное увеличение числа и доступности лабораторных

исследований неизбежно привело к тому, что информации, получаемой с их помощью, стали уделять значительно больше внимания при решении клинических задач. Сейчас лабораторные тесты редко назначаются по отдельности. Существует практика назначений целых "блоков" исследований.

Появились издания, предлагающие системный подбор справочных данных по лабораторной и инструментальной диагностике, что существенно облегчает диагностический поиск, позволяя врачу самостоятельно создать некий "диагностический стандарт" при подозрении на определенное заболевание.

Необходимо отметить и тот факт, что в литературе отсутствует единая терминология в отношении, казалось бы, общепринятых медицинских понятий. Например, на равных основаниях применяются термины: сепсис, септическое состояние; глубокий тромбофлебит, тромбоз глубоких вен нижних конечностей; острый панкреатит, панкреонекроз, синдром Золлингера—Эллисона, гастринома, инкреторная гранулоцитома, гормонально-активная опухоль поджелудочной железы.

Нередко часть терминов не отражает истинной патогенетической сущности заболевания, а является свидетельством ошибочных представлений о патогенезе в период появления этих терминов. Тем не менее они становятся настолько традиционными, что порой несколько поколений врачей пользуются ими, осознавая их несоответствие истинному положению вещей. Например, острый панкреатит — по сути, заболевание, при котором изначально превалируют процессы некробиоза клеток поджелудочной железы, и лишь в последующем присоединяется воспаление, которое преимущественно вовлекает забрюшинную клетчатку, а не саму поджелудочную железу. Тем не менее термин "острый панкреатит" гораздо более популярен среди хирургов, чем термин "панкреонекроз", отражающий истинную суть заболевания.

Все это, безусловно, осложняет общение специалистов, интерпретацию общепринятых терминов и, в конечном итоге, препятствует успешной диагностике и лечению пациента.

Обязательным условием оказания пациенту медицинской помощи надлежащего качества является последовательное решение специалистом ряда функциональных задач в ходе лечебно-диагностического процесса. На этом представлении базируются все попытки создания технологических стандартов медицинской помощи, которые по разным источникам имеют различные названия: "технологические стандарты обследования, лечения"; "стандарты лечебно-диагностического процесса"; "медико-технологические стандарты"; "медико-экономические стандарты" и др. Подобные стандарты должны разра-

батываться с учетом общих правил стандартизации и представлять собой перечень обязательных профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, осуществляемых врачом (средним медицинским работником) при различных нозологических формах на определенном этапе оказания медицинской помощи.

Или другая проблема — отсутствие общепринятой классификации возможных исходов или результатов оказания медицинской помощи. Чаще всего встречаются такие понятия исходов, как: "благоприятный", "неблагоприятный", "положительный", "отрицательный", "ожидаемый", "нежелательный", "выздоровление", "улучшение", "ухудшение", "переход в хроническое состояние", "смерть" и др. Эту группу понятий исходов или результатов оказания медицинской помощи можно отнести к так называемым альтернативным, или качественным, оценкам.

В то же время для анализа результативности оказания медицинской помощи нередко используются различные количественные оценки в виде статистических показателей. Это могут быть прогнозируемые на определенный момент времени (для группы пациентов) — уровень общей заболеваемости или с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность, больничная летальность, процент осложнений, улучшений и т. д. Однако такой подход не дает возможность оценить качество, результативность каждого в отдельности случая оказания медицинской помощи. Поэтому в данном случае для оценки (достигнуты или не достигнуты запрограммированные результаты лечения) предлагается использовать сравнительные стандарты результативности. К последним относят такие индивидуальные параметры состояния пациента, как результаты клинико-биохимических, иммунологических, функциональных, морфологических и других исследований. И для проведения таких сравнений, опять же, эти показатели (для определенных групп пациентов, страдающих теми или иными заболеваниями) должны быть стандартизованы.

Одним из критериев, который в последнее время используется для оценки качества медицинской помощи, является удовлетворенность пациента результатами оказанной ему медицинской помощи, причем этот критерий можно использовать для оценки качества медицинской помощи как на уровне отдельных структурных подразделений, организаций здравоохранения, так и системы здравоохранения в целом.

Однако следует согласиться, что низкий уровень оценок удовлетворенности может свидетельствовать не столько о проблемах организации медицинской помощи, с которыми паци-

ент столкнулся, находясь на лечении в конкретном учреждении здравоохранения, сколько об общих неблагоприятных тенденциях в системе здравоохранения. Вместе с тем существует и другая точка зрения, что показатель удовлетворенности пациента качеством медицинской услуги в принципе не может достигнуть некой предельной величины. С точки зрения пациента, не может существовать абсолютно совершенной услуги, поскольку всякая реализованная на данный момент потребность порождает новую, более сложную по качеству и уровню исполнения.

Все это еще раз подчеркивает актуальность работ по стандартизации в обеспечении и оценке качества медицинской помощи населению, причем эта проблема требует своего решения не только в России. Она является приоритетным направлением развития здравоохранения и в экономически развитых странах.

Необходимость стандартизации определяется целым рядом и других факторов. Это, безусловно, неуклонно растущая стоимость медицинской помощи, что связано с совершенствованием (и, соответственно, удорожанием) медицинских технологий, демографическим постарением населения и повышением уровня требований пациентов. Непрерывно растущая стоимость медицинской помощи при ограниченных возможностях ее ресурсного обеспечения является наиболее серьезным противоречием в современном обществе. Один из путей его разрешения — разработка и внедрение стандартных унифицированных алгоритмов оказания тех или иных видов медицинской помощи или услуг, имеющих определенные показатели объемов, качества и стоимости. Это становится актуальным и в связи с наметившейся тенденцией увеличения диагностических и лечебных процедур без должных на то показаний, причем это касается не только относительно безобидных анализов, но и инвазивных диагностических методов и оперативных вмешательств. На практике это бывает как результатом перестраховки, добросовестного заблуждения, осознанных действий, так и результатом низкой квалификации персонала. Но, как бы то ни было, они существенно удорожают стоимость медицинской помощи и могут реально принести вред здоровью пациентов.

Действительно, врачу сегодня сложно принимать единственно правильные клинические решения, поскольку приходится выбирать их из значительного числа имеющихся у него альтернатив, и с каждым днем их количество увеличивается. Практически ежедневно появляются новые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, и нередко быва-

ет трудно сравнить эффективность традиционных и новых подходов. Врач нуждается в достоверной информации, которая позволила бы ему выбирать наиболее действенные методы диагностики, лечения и наиболее эффективные лекарственные средства.

Процесс выбора в отечественном здравоохранении осложняется еще и тем, что в условиях ограниченных материально-технических и финансовых ресурсов и все возрастающих претензий общества к уровню обеспечения качества медицинской помощи среди врачей нередко отсутствует единое мнение по поводу эффективности тех или иных методик.

Таким образом, анализ существующих в здравоохранении проблем позволяет выявить следующие основные причины, которые определяют приоритетность работ по стандартизации:

- отсутствие единых подходов к формированию нормативной базы отрасли;
- несоответствие государственных обязательств по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и реальным ее ресурсным обеспечением;
- необходимость рационального использования ограниченных финансовых и материальных ресурсов на фоне растущей стоимости медицинской помощи;
- постоянный рост числа новых медицинских технологий, который усложняет процесс выбора и принятия врачом оптимального клинического решения;
- тенденция увеличения стоимости и числа диагностических и лечебных процедур без должных на то обоснований;
- увеличение числа медицинских школ, пропагандирующих различные подходы в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации одних и тех же заболеваний.

9.3. Виды медицинских стандартов

Принято выделять следующие **виды медицинских стандартов**:

По административно-территориальному делению:

1. *Международные* — утвержденные на международном уровне и обязательные для исполнения на территории тех стран, где действует данный стандарт.
2. *Национальные* — утвержденные на федеральном уровне и обязательные для исполнения на всей территории страны.

3. *Территориальные* — разработанные субъектами Российской Федерации на основании уточнения национальных стандартов (если таковые приняты). В случае отсутствия национальных стандартов субъект Федерации может разрабатывать стандарты самостоятельно. Стандарт административно-территориальной единицы — это стандарт, принятый на уровне одного субъекта РФ и доступный широкому кругу потребителей.
4. *Локальные* — принятые в конкретной медицинской организации. Они разрабатываются в случае отсутствия на объект стандартизации ГОСТа Р и ОСТА или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТом Р или ОСТом. Порядок разработки стандарта предприятия гармонизируется с государственным и отраслевым порядком разработки и устанавливается этим предприятием.

По ведомственной принадлежности:

1. *Государственный стандарт РФ* — стандарт, который разрабатывается на продукцию, работы и услуги, потребности в которых носят межотраслевой характер и принимаются Госстандартом России.
2. *Отраслевой стандарт (системы стандартизации в здравоохранении)* — стандарт, который разрабатывается в случае отсутствия стандартизации ГОСТа Р или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТы Р. Порядок разработки ОСТА устанавливается отраслевым органом государственного управления отраслью (здравоохранением).

По объектам стандартизации:

1. *Структурно-организационные стандарты* — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к условиям оказания медицинской помощи.
2. *Профессиональные стандарты* — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к профессиональным качествам медицинских работников.
3. *Технологические стандарты* — стандарты, которые устанавливают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста, ряда других факторов.

По механизму использования:

1. *Простые* — стандарты, предусматривающие наличие только одного стандарта. Определение соответствия осуществляется по системе: "соответствует—не соответствует".

2. *Групповые* — комплекс стандартов одного вида, иерархически связанных между собой. Определение соответствия в данном случае осуществляется по системе: соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда); соответствует стандарту первой категории; соответствует стандарту общей (базовой) категории; не соответствует ни одному из стандартов.

Кроме того, выделяют *предварительный стандарт* — временный документ, который принимается органом по стандартизации и доводится до широкого круга потенциальных потребителей. Информация, полученная в процессе использования предварительного стандарта, и отзывы об этом документе служат базой для решения вопроса о целесообразности принятия и введения в действие стандарта.

9.4. Основные принципы и направления стандартизации в здравоохранении

Как уже не раз подчеркивалось, главной целью стандартизации в здравоохранении является повышение качества всех видов медицинской помощи, решение комплекса задач по сохранению и улучшению здоровья населения.

Идеологической базой формирования системы стандартизации в здравоохранении являются следующие основные **принципы**.

Принцип согласия (консенсуальности): все субъекты — участники процессов стандартизации должны стремиться к единообразию формы и содержания нормативных документов.

Принцип единообразия: в системе здравоохранения должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации.

Принцип целесообразности: требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точки зрения и соответствовать федеральному и международному законодательству, современным достижениям науки и техники.

Принцип комплексности и проверяемости: требования, предъявляемые к различным объектам стандартизации, должны согласовываться между собой и быть проверяемыми объективными методами.

Для реализации этих принципов при формировании системы стандартизации в здравоохранении должны быть решены следующие основные **задачи**:

- нормативное обеспечение разработки и реализации Программы государственных гарантий оказания гражда-

нам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, других медико-социальных программ;

- создание единой системы оценки качества медицинской помощи;
- разработка номенклатуры медицинских товаров и услуг;
- установление единых требований к условиям оказания медицинской помощи;
- установление единых требований к учетной и отчетной документации;
- установление единых критериев эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных процедур;
- нормативное обеспечение метрологического контроля;
- установление единых требований к лицензированию и аккредитации организаций здравоохранения;
- разработка образовательных стандартов и единых требований к аттестации и сертификации специалистов;
- разработка единых требований к информационному обеспечению систем здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- создание и обеспечение функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;
- нормативное обеспечение в установленном порядке надзора и контроля за соблюдением требований нормативно-правовых актов.

Исходя из перечисленных выше задач, основными объектами стандартизации в здравоохранении являются:

- медицинские услуги;
- производство, условия реализации, качества, безопасности лекарственных средств и медицинской техники;
- требования к медицинскому, фармацевтическому, вспомогательному персоналу;
- учетная и отчетная документация;
- информационные технологии.

В соответствии с этим в "Основных положениях стандартизации в здравоохранении" выделяются следующие 16 групп документов:

Группа 1 — Общие положения.

Группа 2 — Требования к организационным технологиям в здравоохранении.

Группа 3 — Требования к техническому оснащению учреждений здравоохранения.

Группа 4 — Требования к персоналу.

Группа 5 — Требования к лекарственному обеспечению.

Группа 6 — Санитарно-гигиенические методы контроля.

Группа 7 — Требования к медицинской технике и изделиям медицинского назначения.

Группа 8 — Требования к диетическому питанию.

Группа 9 — Классификация и систематизация медицинских услуг.

Группа 10 — Требования к оценке лечебно-диагностических и профилактических возможностей медицинских учреждений.

Группа 11 — Требования к оказанию медицинских услуг.

Группа 12 — Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи.

Группа 13 — Требования к качеству медицинских услуг.

Группа 14 — Требования к экономическим показателям в здравоохранении.

Группа 15 — Требования к документации в здравоохранении.

Группа 16 — Требования к средствам информатизации в здравоохранении.

Следует отметить, что выделенные группы не исчерпывают все возможности разработки нормативных документов в системе стандартизации в здравоохранении — группировка является открытой системой и может дополняться по мере необходимости новыми группами.

Как уже отмечалось ранее, наиболее важным и сложным объектом стандартизации являются медицинские услуги.

В процессе стандартизации медицинских услуг предусматривается формирование требований к условиям их выполнения, медицинским технологиям (протокол ведения пациентов) и результатам (исходам), позволяющих объективизировать оценку качества оказания медицинской помощи. При этом нормативные документы могут содержать как минимально необходимый, так и рекомендуемый набор требований. Минимальный набор требований гарантирует всем гражданам, вне зависимости от места проживания, одинаковые объемы и качество медицинской помощи. Минимальные требования нормативных документов федерального уровня гарантируют нижний предел объемов и качества медицинской помощи; при невыполнении этих требований медицинская помощь оценивается как недостаточная. Определение нижнего предела этих требований позволит реализовать принципы общественной солидарности и доступности медицинской помощи.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации обосновывает поэтапный переход на протокольную форму ведения пациентов, что соответствует мировой медицинской практике. Протоколы ведения больных являются стандартами технологии оказания медицинских услуг. Как показывает опыт разработки протоколов в некоторых областях здравоохранения (онкология, гематология), они должны основываться на системном подходе и ориентировать врача на то, что ему необходимо делать в той или иной ситуации. При разработке протоколов ведения больных следует учитывать не только медицинские аспекты оказания помощи, но и социальные, правовые, нравственные и этические нормы.

В рамках реализации совместного решения Госстандарта России, Минздрава Российской Федерации и Федерального фонда ОМС "По организации, координации и финансированию работ по стандартизации и сертификации в сфере медицинского обслуживания", принятого в 1995 г., и последующего решения коллегий Минздрава Российской Федерации, Госстандарта России и Совета исполнительных директоров ТФОМС (1997) была подготовлена "Программа работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении". В этой программе впервые был поставлен вопрос о создании единой системы стандартизации в здравоохранении, формировании комплекса нормативных документов, обеспечивающих решение единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации медицинских услуг, повышению качества медицинской помощи, рациональном использовании кадровых и материальных ресурсов, оптимизации лечебно-диагностического процесса, интеграции отечественного здравоохранения в мировую лечебную практику.

Этой Программой предусмотрено создание службы стандартизации в здравоохранении, обеспечивающей внедрение нормативных документов системы и контроль за исполнением содержащихся в них требований. Приказом МЗ РФ № 30 от 31.01.01 г. такая служба создана.

В настоящее время контроль за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации в здравоохранении осуществляется на федеральном уровне, на уровне субъектов Российской Федерации, на уровне отдельных организаций здравоохранения при проведении:

- контроля качества медицинской помощи;
- сертификации продукции и услуг в здравоохранении;
- аккредитации учреждений здравоохранения;
- лицензирования видов деятельности в здравоохранении;

- сертификации (аттестации) специалистов;
- инспекционных проверок.

Основными видами контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении являются ведомственный и вневедомственный контроль. Этот контроль осуществляется:

- Министерством здравоохранения РФ;
- органами управления здравоохранением;
- фондами обязательного медицинского страхования;
- лицензирующими органами;
- учреждениями здравоохранения, фармацевтическими предприятиями и организациями, аптечными учреждениями;
- предприятиями по производству медицинской техники;
- органами Госсанэпиднадзора;
- иными уполномоченными организациями.

Контроль осуществляется в двух формах — путем проведения сплошных и выборочных проверок. Сплошные проверки проводятся при лицензировании, аккредитации, сертификации, в других случаях осуществляются выборочные проверки. При проверках проводятся экспертный анализ, технический осмотр, измерительный контроль, испытания, идентификация и другие мероприятия, обеспечивающие достоверность и объективность результатов.

Для проведения экспертизы, согласования и принятия нормативных документов системы стандартизации в Министерстве здравоохранения создан специальный *Экспертный совет Минздрава России по стандартизации в здравоохранении*. В составе Экспертного совета действуют 9 профильных комиссий (по организационным технологиям в здравоохранении, по препаратам крови и трансплантатам и т. п.). Органы контроля утверждают уполномоченных по качеству в здравоохранении:

- уполномоченного по качеству медицинской помощи;
- уполномоченного по качеству в сфере обращения лекарственных средств;
- уполномоченного по качеству медицинской техники.

Основные задачи уполномоченных по качеству в здравоохранении определены приказом МЗ РФ № 30 от 31.01.01 г.

Организационно-методические и информационные функции в сфере стандартизации выполняет лаборатория проблем стандартизации в здравоохранении Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Вместе с тем по мере развертывания работ по стандартизации следует ожидать, что объем задач возрастет многократно и возникнет необходимость созда-

ния Федерального центра стандартизации в здравоохранении. Федеральный центр позволит накапливать и распространять информацию о научных исследованиях и практических результатах в области стандартизации в целом и лицензирования, аккредитации, сертификации в частности; послужит информационной и методологической базой для разработки нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, в первую очередь — протоколов ведения больных, таблиц оснащенности организаций здравоохранения, образовательных медицинских стандартов и др.

Функции контроля за соблюдением требований нормативно-правовых актов в области стандартизации в здравоохранении целесообразно передать в "региональные центры стандартизации в здравоохранении", которые должны иметь статус государственных (некоммерческих) организаций.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ IX

Стандарт (standard) – это нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливаются для всеобщего многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения

Рис. 9.1. Определение стандарта.

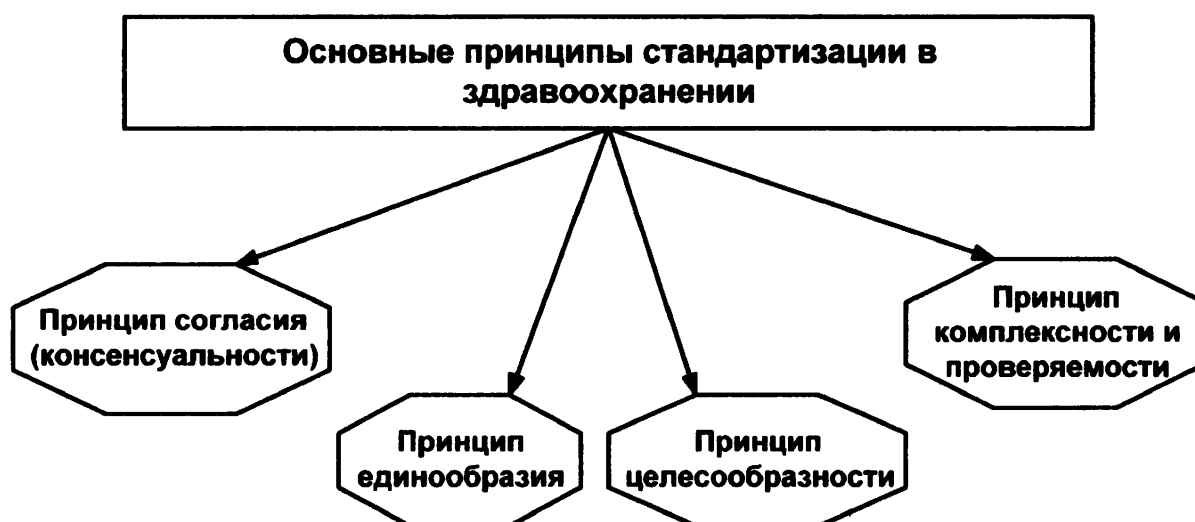


Рис. 9.2. Основные принципы стандартизации в здравоохранении

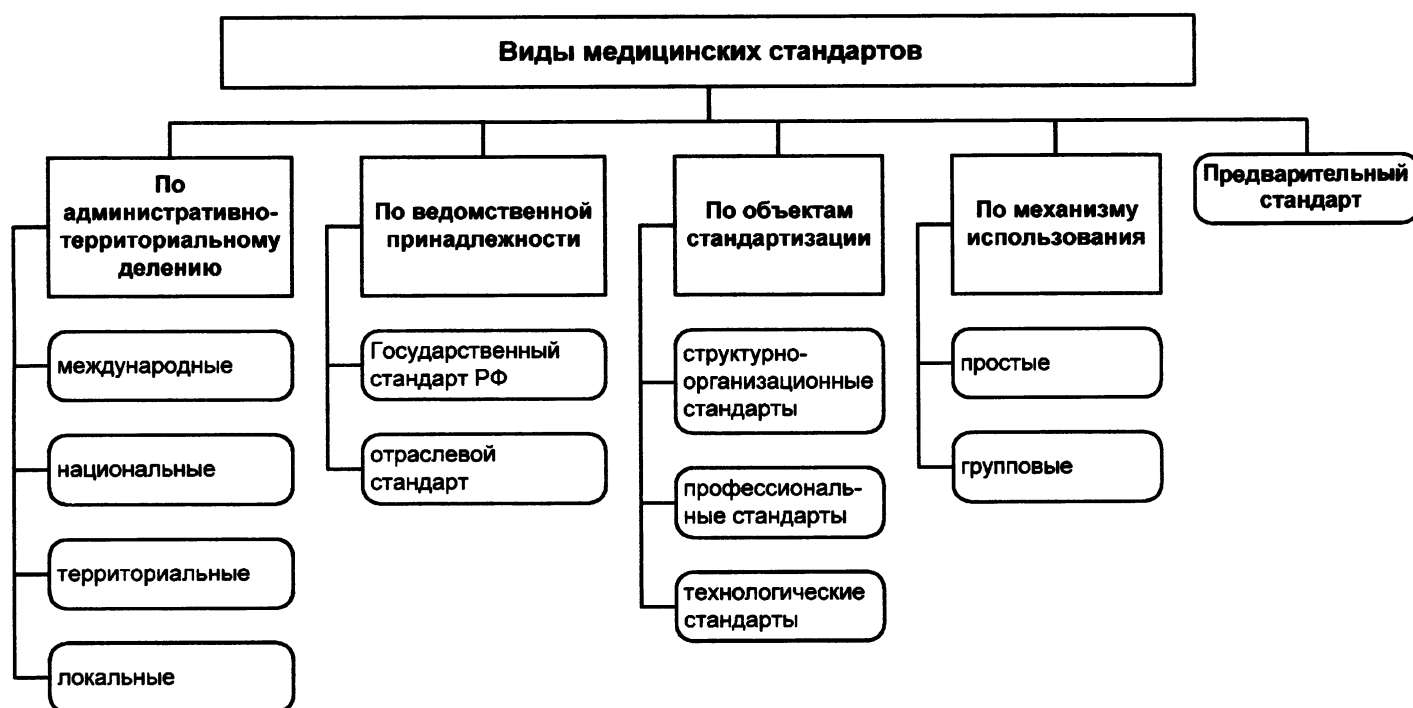


Рис. 9.3. Классификация медицинских стандартов

Лекция X. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Формальное описание процессов управления в здравоохранении сталкивается с почти непреодолимыми трудностями из-за сложности функционирующих в системе здравоохранения организационных структур, многообразия и разрозненности большей части исходной информации. Тем не менее система здравоохранения при всей ее внутренней сложности, по сути, является классической системой управления с входными, выходными цепями и цепью обратной связи и ее функционирование определяется общими принципами управления, о чем уже говорилось в лекции VI. Эффективная работа здравоохранения как системы построена на прямых (приказы, директивы, указания) и обратных (отчеты, оперативная информация) связях. Последние обеспечивают корреляцию реально достигнутого уровня с желаемым, определяют меру отклонения от конечной цели, вносят коррективы в действующие схемы и методы управления в соответствии со вновь сложившимися обстоятельствами. При этом управленческая деятельность в рамках иерархически организованной системы здравоохранения (на федеральном, региональном, муниципальном уровнях) определяется свойствами составляющих ее структурных элементов и свойствами межэлементных связей, в данном случае носящих информационный характер. Свойства структурных элементов с позиций информатизации определяются степенью и уровнем их насыщенности современными компьютерными технологиями, а свойства информационных связей — эффективностью организации и реализации процессов информационного взаимодействия элементов системы. Кроме того, для адекватной реакции органа управления здравоохранением необходимо систематическое в течение года поступление оперативной информации через создание постоянно действующего механизма сбора, анализа и хранения информации о медико-демографических процессах, санитарно-эпидемиологическом благополучии, деятельности организаций здравоохранения, ресурсном обеспечении и т. д.

Создание такого механизма немыслимо без комплексного применения на всех этапах управленческого цикла современных информационных технологий. Информационная технология (ИТ) представляет собой упорядоченную совокупность способов и методов сбора, обработки, накопления, хранения, поиска, распространения, защиты и потребления информации, осуществляемых в процессе управленческой деятельности.

Современные ИТ широко используют компьютеры, вычислительные сети и всевозможные виды программного обеспечения в процессе управления. Целью внедрения информационных технологий является создание информационных систем (ИС) для анализа и принятия на их основе управленческих решений. Информационные технологии включают два фактора — машинный и человеческий. Конкретным воплощением информационных технологий в основном выступают автоматизированные системы, и лишь в этом случае принято говорить о компьютерных технологиях. Для современных информационных технологий характерны следующие возможности:

- сквозная информационная поддержка на всех этапах прохождения информации на основе интегрированных баз данных, предусматривающих единую унифицированную форму представления, хранения, поиска, отображения, восстановления и защиты данных;
- безбумажный процесс обработки документов;
- возможности совместной работы на основе сетевой технологии, объединенных средствами коммуникации;
- возможности адаптивной перестройки форм и способа представления информации в процессе решения задачи.

Эффективность управления зависит не только от имеющихся ресурсов, но и от четко сформулированной реально достижимой цели, результаты которой оцениваются соответствующими показателями. Без этого система управления оказывается неэффективной. Основным смыслом этих процессов заключается в создании единого информационного пространства для всех заинтересованных сторон (потенциальных пользователей информации): различных структур и служб здравоохранения, органов управления и контроля, производителей медицинской техники и лекарственных средств, научно-исследовательских организаций, потребителей медицинских товаров и услуг. Это позволит значительно интенсифицировать обмен информацией и скорость внедрения в повседневную практику последних достижений науки и практики, отвечающих задачам совершенствования и развития здравоохранения.

Таблица 10.1. Компьютерное обеспечение в здравоохранении

Тип информационной системы	Назначение
<p>Автоматизированные системы сбора, обработки данных (АСОД)</p> <p>Автоматизированные информационно-справочные системы (АИСС)</p> <p>Автоматизированные системы управления (АСУ)</p> <p>Экспертные системы (ЭС)</p>	<p>Помогают в выполнении рутинных вычислительных работ, т. е. выполняют операции сбора и преобразования исходных данных в информацию</p> <p>Предназначены для обработки, хранения и поиска документов, отдельных показателей и т. д.</p> <p>Связаны с внедрением АИСС, с помощью которых часть информации предварительно обрабатывается по заданным алгоритмам и затем уже используется при планировании в здравоохранении. К системам этого уровня сложности относятся системы поддержки принятия решения (СППР). Данные системы не ограничены статистическими методами, дополнены логическими операциями и могут включать в себя многочисленные модели для анализа взаимосвязей, оценки последствий принимаемых решений, прогноза ситуации</p> <p>Специализированные программные продукты, использующие экспертные знания для обеспечения высокоэффективного решения задач в некоторой узкой предметной области</p>

Новые информационные технологии позволяют значительно повысить эффективность управления и решать комплексные проблемы здравоохранения путем оперативного доступа к специализированным базам данных.

Базовой областью приложения информационных технологий может стать мониторинг системы здравоохранения (на федеральном и региональном уровнях). В нем присутствуют все технологические составляющие процесса управления здравоохранением: управление общими и специализированными медицинскими службами, мониторинг здоровья населения, информационный обмен при работе в компьютерных сетях (локальных и глобальных) и т. д.

Компьютерное обеспечение в здравоохранении может быть представлено разными уровнями сложности (табл. 10.1). При этом оно выполняет определенные базовые функции, независимо от типа системы.

Как всякая технология, ИТ включает на каждом этапе управленческого цикла определенные наборы средств для сбора и обработки информации. Каждый этап управленческого

Таблица 10.2. Этапы управленческого цикла и информационные технологии

Этап	Методы воздействия
<p>Диагностирование (анализ) ситуации и проблем Предварительная постановка цели</p>	<p>Сбор, обработка показателей с учетом общей цели — улучшения деятельности системы здравоохранения Математический анализ (логический и статистический), расчет, ранжирование интегральных показателей, системный анализ</p>
<p>Определение приоритетов и разработка альтернативных вариантов решений</p>	<p>Конкретизация задач, сбор дополнительных данных по приоритетным проблемам, углубленный анализ, уточнение конечных результатов, финансово-экономический анализ (обоснование выбранных решений)</p>
<p>Согласование, организация выполнения решения, контроль</p>	<p>Коммуникативные технологии, документооборот, оперативный анализ, отчетность, наборы контрольных показателей, сравнительный анализ получаемых результатов с запланированными; выработка и реализация корректирующих воздействий</p>
<p>Стимулирование исполнителей</p>	<p>Административное и материальное стимулирование с учетом получаемых результатов</p>

цикла (табл. 10.2) накладывает определенные особенности на тип применяемых информационных технологий (методов). Основной смысл этих процессов заключается в создании единого информационного пространства для всех пользователей. На каждом этапе происходит определенное логическое и математическое воздействие (анализ, синтез) на информационные потоки, которые в результате такой обработки с участием лица, принимающего решение (ЛПР), формируют определенное управленческое решение. Эффективность и завершенность принятого решения для всего управленческого цикла зависит от комплексного подхода, использования сквозных технологий, т. е. комплекс программ, алгоритмов работы каждого предыдущего этапа должен максимально состыковываться с комплексом программ, алгоритмов работы каждого последующего этапа управленческого цикла.

Как отмечалось ранее, структура ИТ определена иерархией управления (федеральный, региональный, муниципальный, учрежденческий и пользовательский уровни). В зависимости от задач управления на каждом уровне информационные технологии планирования, бухгалтерского учета, сбора медицинской статистики, анализа, моделирования и т. д. имеют свою специфику. Следует отметить, что на сегодняшний день на-

блюдается четкая тенденция к интеграции различных типов ИТ в единую интегрированную информационную технологию. Важнейшее место в ней принадлежит средствам коммуникации, не только обеспечивающим чрезвычайно широкие технологические возможности автоматизации управленческой деятельности, но и являющимся базой для создания разнообразных сетевых вариантов ИТ. Многоплановость использования современных информационных технологий зависит от их способности представлять информацию с помощью средств вычислительной техники в форме цифровых сигналов и манипулировать ими с высочайшей скоростью.

Информационные системы в общем случае генерируются вокруг универсальной системы управления базами данных и поддерживаются программными модулями и программами, которые позволяют осуществлять процесс моделирования данных, т. е. они приобретают целевую ориентированность на управление. Основой для использования таких ИТ являются исходные данные. Ведь вся информация (и плановая, и фактическая), которую формирует система в виде отчетов, составляется на основе исходных данных. На первом этапе необходимо определить потоки исходных данных с привязкой ко времени и месту: какие данные, где и когда формируются и кто является потребителями этих данных. Упорядочение статистических потоков повышает уровень функционирования системы и при прочих равных условиях позволяет экономнее расходовать кадровые, финансовые, материальные и информационные ресурсы. Давно замечено, что существующая информационная нагрузка в здравоохранении не просто велика, но и постоянно возрастает и зачастую превышает способности человека по переработке информации. Это относится ко всем этапам действующего информационного процесса: поиск, сбор, обработка, накопление, хранение, анализ, распространение и потребление информации. При этом основным управляющим фактором является процедура принятия решения, на основании которой осуществляется воздействие на систему. ИС сама по себе решений не принимает, но, будучи эффективно настроенной, способна представлять информацию ЛПР в том ракурсе, который наиболее подходит для принятия конкретного эффективного решения.

Проблема информационного обеспечения в здравоохранении существует столько же, сколько и сама система здравоохранения. Эффективное информационное обеспечение работы руководителей органов управления здравоохранением любого уровня — от министра до руководителя территориального органа управления здравоохранением — всегда было основ-

ной задачей менеджмента и основой повышения качества медицинской помощи населению, поскольку автоматизация процессов и информационное обеспечение является важнейшей неотъемлемой частью цикла управления. Особую значимость проблема информационного обеспечения приобретает в условиях регионов с обширной территорией или низкой плотностью населения.

Однако принятие отдельных решений должно происходить не только на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, но и непосредственно на рабочих местах специалистов. Поэтому на их уровне должны появиться инструменты для работы с информацией — интеллектуальные системы анализа.

Но появление таких информационных инструментов, к сожалению, на практике не всегда приводит к корпоративному и эффективному использованию данных. Справедливо утверждение, что сила — во владении информацией, но при этом возникает ошибочное желание полностью контролировать информационные ресурсы. Некоторые считают, что сила состоит в сокрытии информации от других пользователей, своих коллег. Для них неприемлем корпоративный подход к пользованию данными. Единоличное владение информацией во многом определяет значимость, поэтому некоторые специалисты защищают свою информацию, пытаясь всеми средствами сохранить существующее положение вещей. Такая тактика не имеет будущего, поскольку информация быстро устаревает и становится ненужной. На основе устаревших данных нельзя принимать правильное решение. Для эффективного управления необходима достоверная и оперативная информация.

Решение задачи внедрения ИТ в систему управления здравоохранением, особенно на этапе сбора и обработки исходных данных, тесно связано с проблемой технической оснащенности отрасли. Распространение персональных компьютеров и процесс компьютеризации лечебно-профилактических учреждений в России носит стохастический и слабоуправляемый характер. Такими же неуправляемыми стали разработка и внедрение информационных технологий. Зачастую на практике создаются или приобретаются разные, несовместимые между собой информационные системы, которые если и облегчают труд отдельных специалистов, то не дают эффект в работе в целом. Анализируя существующие информационно-компьютерные комплексы сбора и обработки данных, можно сделать вывод, что, как правило, такие системы имеют следующий ряд недостатков, которые ограничивают широкое применение их в управлении здравоохранением:

- отсутствует система оперативного слежения за показателями (изменяющимися во времени данными), что обусловлено несовершенством автоматизированного учета и телекоммуникационных средств передачи данных;
- не разработана система общепринятых интегрированных показателей (маркеров), отражающих состояние системы охраны здоровья на различных уровнях управления;
- нет эффективных программных комплексов анализа данных и систем информационной поддержки принятия управленческих решений;
- нет единой сквозной системы сбора и обработки информации, необходимой и доступной для различных служб (по горизонтали);
- не разработаны законодательно-правовые, организационные и технологические основы обмена информацией между различными организациями и ведомствами в интересах охраны здоровья;
- недостаточная оснащенность организаций здравоохранения современной вычислительной техникой и средствами передачи данных;
- недостаточная заинтересованность руководителей здравоохранения в компьютеризации, недооценка ими значимости повышения достоверности и оперативности информации для своевременного и оптимального принятия решений и прогнозирования проблемных ситуаций;
- существующие программные средства реализуют отдельные компоненты системы и не позволяют решать комплексные задачи управления в целом.

Для успешного использования компьютерных технологий в здравоохранении необходимо на основе системного подхода понимать организационную структуру профилактического и лечебно-диагностического процесса, его планирование и анализ получаемых результатов. Преобразование этих организационных процессов в информационно-технологические — сложная и трудоемкая задача, решение которой связано, в том числе, с разрешением многих аспектов механизма взаимодействия внутри системы. В зависимости от обеспечения ресурсами (как финансово-хозяйственными, так и информационными) и структурой информационных потоков изначально могут решаться следующие комплексы задач в соответствии с выбранными приоритетами:

- уменьшение по времени продолжительности управленческого цикла;
- сокращение времени и стоимости лечения;

- рациональное перераспределение нагрузки на персонал;
- внедрение электронного документирования и анализа самого процесса оказания медицинской помощи.

При решении этих задач необходимо учесть тот факт, что в системе здравоохранения оперативное (административное) управление органически связано с управлением лечебно-диагностическим процессом. Процесс оптимизации, на основе внедрения ИТ, предполагает выбор такого варианта управления, при котором достигается оптимальное значение некоего критерия, характеризующего качество управления. При этом смысл оптимизации управления в здравоохранении при помощи средств компьютеризации сводится к замене в той или иной степени материальных (традиционных) ресурсов нематериальными (организационными). В связи с этим необходимо преодолеть или минимизировать существующее противоречие между слабой структуризацией (с точки зрения информационных потоков лечебно-диагностического процесса), с одной стороны, и требованием высокой степени упорядочения медицинской информации для компьютерных систем — с другой. В числе первых должно быть упорядочено техническое и программное обеспечение. Предстоящие преобразования в большей степени связаны с качеством самой информации. Использование ее для информационного обеспечения в компьютерных системах предполагает следующие требования: единообразие, непротиворечивость, однородность ввода и полноту. Эти требования непосредственно связаны с показателями эффективности информационных процессов — от момента получения до момента использования информации.

При проектировании информационных управленческих систем в здравоохранении на начальном этапе требуется определить уровень формализации данных, предназначенных для ввода. Для этого прежде всего устанавливаются следующие классификационные признаки: характер получения информации (исходная, промежуточная, итоговая); условия хранения и использования (постоянная, условно-постоянная, переменная); периодичность использования (оперативная, текущая, перспективная); функциональное содержание (клиническая, экспериментальная, экономическая, кадровая, финансовая, организационная и т. д.). Классическим примером формализованного документа являются медицинские карты амбулаторного или стационарного больного, применяемые во многих информационных системах. Кроме того, информация может квалифицироваться по характеру ее применения (оперативная, обзорно-аналитическая, экспертная, прогностическая и т. п.). Сбор, хранение и первичная обработка информации

являются основой создания информационной среды отрасли, и далее — функциональным компонентом современных информационных сред органов управления отдельных организаций здравоохранения и персональных пользователей.

С учетом специфики информационного обеспечения отрасли особую значимость приобретает однородность проводимых расчетов. В здравоохранении циркулирует и выходит на уровень принятия решений большой объем информации: показатели состояния здоровья населения (средняя продолжительность жизни, смертность, рождаемость, уровень и структура социально опасных и инфекционных болезней и др.), информация о деятельности организаций здравоохранения и их ресурсном обеспечении и др.

Обращение к информационным технологиям на этапе сбора данных продиктовано, главным образом, необходимостью иметь постоянный и надежный доступ к тем или иным массивам данных. Эту роль выполняют так называемые базы данных (БД). В целом самая простая роль, отведенная БД, — хранить информацию. Информация в БД накапливается в течение определенного периода; ввод данных осуществляется операторами различной квалификации. Ведение медицинской документации в базах данных возможно в двух вариантах:

- "ручной" ввод данных с первичных документов;
- автоматический (программный) ввод данных из функционирующих комплексов и задач АС.

Как правило, в БД представлена информация трех видов: *перемещаемая* — содержит данные, передающиеся, к примеру, в вышестоящий орган управления; *локальная* — формируется на конкретном рабочем месте; *нередактируемые файлы* — системные классификаторы, нормативно-справочная документация. В базах данных, как правило, хранится структурированная информация (по определенным характеристикам), но существует и другой вид информации — неструктурированная. Объем такой информации в здравоохранении значителен и ее значение для информационных систем достаточно высоко. Согласно приказу Минздрава РФ № 105 от 26.03.96 г. "О государственном учете и регистрации баз и банков данных" государственные БД подлежат обязательному государственному учету и регистрации. Государственный учет БД осуществляется на этапе их разработки, государственная регистрация — после передачи их в эксплуатацию. Государственный учет и регистрация охватывают как БД общего пользования, так и применяемые в различных АС для обеспечения процессов управления, производства, исследований и др.

Как видно из сказанного выше, управление всеми массивами

ми информации в отрасли реализуется путем создания документальных, документографических, фактографических, полнотекстовых баз и банков данных всех видов медицинской информации. Для управления этими данными должны обеспечиваться два основных требования:

- данные должны быть субъектом множества формальных правил и принципов, которые обеспечивают поддержку целостности данных во время и после завершения операций над ними;
- данные должны управляться (храниться, извлекаться и модифицироваться) только с помощью специального рода компьютерной программы — системы управления базами данных (СУБД).

Для управления информационными БД используются гипертекст и файловые системы. Гипертекст предоставляет пользователю возможность случайным образом осуществлять обход связей для доступа ко многим различным типам данных. Файловые системы (оперирующие так называемыми плоскими файлами) до сих пор хранят значительные массивы данных в организациях здравоохранения. Для работы с ними используют операционные системы, которые обеспечивают управление доступом, поддержку структуры каталогов и другие сервисы для файловых систем.

Система управления базой данных (СУБД) — обязательный компонент информационной системы. СУБД, наряду с аппаратными средствами, определяет работоспособность и надежность автоматизированной системы. Любой сбой в ее работе может привести к вынужденному сбою в работе врачей (из-за невозможности, например, оформить выписку или зарегистрировать нового пациента). СУБД оказывает большое влияние на производительность ИС, особенно при возрастании количества записей в базе данных, что приводит к увеличению времени на поиск и выборку данных. СУБД отвечает за поддержание логической целостности и непротиворечивости данных. От выбора СУБД во многом зависит доверие (или недоверие) пользователей к электронным средствам хранения информации.

Выбор оптимальной структуры БД для использования в системе управления здравоохранением является наиболее важным вопросом при формировании информационной среды. Правила и функции управления, такие, как параллельные процессы и целостность данных, лучшим образом реализуются не прикладным программным обеспечением, а подсистемой общесистемного программного обеспечения (полного пакета, содержащего операционные системы, коммуникацион-

ное программное обеспечение, драйверы устройств и т. д.), т. е. СУБД.

На сегодняшний день для целей управления здравоохранением разрабатываются в основном распределенные базы данных. В таких системах БД распределены между несколькими, обычно расположенными в разных местах, вычислительными машинами (серверами), между которыми организовано информационное взаимодействие. Обычно выделяют четыре направления распределения данных: *централизованное* (единственная централизованная база данных); *фрагментированное* (каждый фрагмент размещается на одном из серверов); *распределение с полной репликацией* (полная копия всей базы данных поддерживается на каждом сайте) и *распределение с выборочной репликацией* (комбинация первых трех способов). С точки зрения пользователя, системы управления распределенными БД должны выглядеть точно так же, как и обычная централизованная СУБД, т. е. пользователь при работе с БД не должен чувствовать, работает ли он с одним или с другим типом СУБД.

При формировании медицинской информационной среды стратегия распределения данных должна быть связана с количеством элементов узлов информационных сетей, содержащих данные, наличием дублирования информации и инструментального программного обеспечения систем управления. Перед формированием полномасштабной сети необходимо оценить возможный уровень структурирования информации в организации здравоохранения (многие документы могут различаться по местонахождению и по структуре базы данных). Базы данных могут находиться на больших ЭВМ, серверах или настольных компьютерах. Кроме того, существуют различные базы данных: Microsoft Access, Microsoft FoxPro, Oracle или SQL. Поэтому всегда необходимы сведения о месте размещения и формате данных, а также наличие программных продуктов для работы с этими форматами. Если база данных имеет драйвер открытых соединений баз данных (Open Database Connectivity, ODBC), что характерно для большинства современных баз данных, это может стать хорошим фундаментом для установления межплатформенных связей и объединения различных семейств программных продуктов. Сокращение "ступеней" при обращении к данным делает работу с ними эффективнее. Вместо обслуживания отдельных фрагментов информации следует перейти к структурированному хранилищу оперативных материалов из уже существующих и новых информационных источников. Единственной стратегией должна стать интеграция как можно большего объема данных

при сохранении производительной работы информационной сети.

Для функционирования баз данных помимо СУБД необходимы и дополнительные программные средства — такие, как программы обучения пользователя, справочные системы, программы восстановления базы данных при ее разрушении и др. Многообразие таких программных средств повышает производительность труда пользователя, экономит его время, сокращает сроки разработки и решения прикладных задач. Появляется возможность выбора программы в соответствии с характером данной работы, обеспечивается более рациональное использование информационных ресурсов. Для подбора наиболее эффективных инструментальных программных средств от пользователя требуется соответствующий уровень подготовки.

Современный уровень развития аппаратных и программных средств с некоторых пор сделал возможным формирование и ведение БД оперативной информации на всех уровнях управления здравоохранением. В процессе своей деятельности ведомственные структуры, органы государственного управления накопили большие объемы данных. Они хранят в себе потенциальные возможности по извлечению полезной аналитической информации, на основе которой можно выявлять скрытые тенденции, строить стратегию развития, находить новые оригинальные управленческие решения. На первых этапах автоматизации требовалось и требуется навести порядок именно в процессах повседневной рутинной переработки этих объемов информации, на что и ориентированы традиционные системы обработки данных. Прежде чем заниматься анализом данных, необходимо эти данные иметь. Часть трудностей связана с тем, что, хотя организации здравоохранения и получили возможность аккумулировать в себе на несколько порядков больше информации, чем могли позволить себе раньше, уровень обработки и анализа ее остается низким. Можно принять данные, переслать сообщение, сгенерировать ответ, но за рамками используемых сегодня методов анализа остаются нетипичные случаи и такие категории, как целесообразность, результативность или адекватность принимаемых в ответ на ситуацию управленческих решений. Другая часть трудностей заключается в том, что традиционные способы обработки информации сегодня совершенно неэффективны при анализе больших объемов данных. Современные аппаратные средства позволяют организации здравоохранения накапливать колоссальные объемы данных, относящихся к ее деятельности, однако для анализа реально используется ничтожно малая их часть. Это происходит не только по причине

дороговизны, но главным образом из-за того, что просто не понятно, для чего это надо. Даже если перевести накопленные таким образом данные в различные виды диаграмм и графиков, то результат для восприятия будет не более доступен, чем груда распечаток с таблицами и сводками. Широко распространенные средства "деловой графики", электронных таблиц дают возможность человеку "видеть" гораздо больше информации, чем практиковавшиеся до них методы визуализации, но для объемов данных, разрешаемых уже сейчас аппаратной технологией, и они не годятся. Между тем на стыке математики, статистики и информатики существует много различных направлений, ориентированных как раз на анализ большого объема данных. Они позволяют оценить количественные результаты исследований, моделировать варианты управленческих решений. Во многих странах давно в исследованиях здоровья населения, управления здравоохранением широко используются различные математико-статистические методы исследования и обработки данных. Можно выделить несколько направлений, развиваемых в информатике, системотехнике и математике почти независимо друг от друга и объединяющих эти методы в программно-информационные комплексы: базы данных и оперативный математический анализ массивов данных; информационные системы руководителя, склады (хранилища) данных и др.

Однако огромная часть данных организаций здравоохранения не управляется какими-либо программными средствами, а хранится во всевозможных документах, в том числе в текстовых документах, созданных текстовыми процессорами и редакторами. Технологии, связанные с использованием настольных компьютеров, в значительной степени повысили производительность работы, но, как и в случае с базами данных, рассредоточение документов по всем структурным подразделениям организаций здравоохранения создает значительные сложности управления текстовыми данными. Ряд документов подготавливается средствами текстового процессора Microsoft Word for Windows, другие — с помощью Лексикон. Кроме того, некоторые документы сделаны в среде MS-DOS. Документы включают электронные таблицы, также подготовленные на различных операционных системах с помощью разных пакетов систем электронных таблиц. Может храниться, кроме того, множество графической информации.

В настоящее время технологической основой для сбора и обработки информации часто являются (особенно в рамках единой организации) так называемые системы управления документооборота (СУД). Однако существующая практика орга-

низации управленческого процесса в организациях здравоохранения на основе ведения традиционного документооборота становится серьезным тормозом в улучшении его качества. Приходится заполнять множество бланков, оформлять учетную и отчетную документацию.

При внедрении системы документооборота сразу же появляется проблема организации взаимодействия с внешним "бумажным" миром. Это особенно касается обмена документами с параллельными структурами в рамках одного ведомства, с которыми идет постоянная рутинная работа. Чаще всего информация от них поступает на бумаге. Для того чтобы бумажные документы из внешнего мира смогли попасть во внутреннюю систему электронного документооборота, необходимо получить их электронные образы. Для этих целей используются сканеры.

Традиционные системы управления документами (СУД) ориентированы на текстовые поисковые системы, которые используют специальные индексные файлы для нахождения документов, содержащих определенные ключевые слова или текстовые строки (в настоящее время такие системы составляют большинство), или текстовые базы, которые "разбивают" документы на специфицированные части и позволяют управлять этими частями. Наряду с интерфейсами, способными предоставлять возможности для нерегламентированного доступа к информационной базе, СУД предоставляют также необходимые интерфейсы для всего используемого разнообразия менеджеров документов — текстовых процессоров, редакторов, программ для работы с электронными таблицами, графических и презентационных систем и др., а также осуществляют их координацию. Важнейшим компонентом СУД является выбранный метод ввода документов в систему. Стандартным решением стало сканирование документов с последующим оптическим распознаванием символов (Optical Character Recognition, OCR). Как правило, это требует дополнительных средств редактирования для верификации и коррекции, позволяющих обеспечить корректность и загрузку документов в режиме on-line, которые уже поддерживаются в машиночитаемой форме. Однако нужно учитывать, что документы уже, вероятно, распределены по многим ПК, и неизбежно существует множество версий и дубликатов одного и того же документа. Для медицинской документации это важнейшая проблема, связанная напрямую с задачей идентификационного номера пациента в системе. При отсутствии единой нумерации возникает множество вопросов, в том числе проблема "двойников" и "дубликатов".

Собранная таким образом в базы данных или с использованием систем документооборота информация может использоваться для решения комплекса задач управления в здравоохранении (распространенность патологии, оценка качества медицинской помощи и деятельности системы здравоохранения, ресурсное обеспечение и др.). Важнейшим критерием в этом случае является анализ кадровых и ресурсных затрат на сбор и анализ информационных потоков в соотношении с соответствующими затратами на медицинскую помощь. Для проведения анализа данных всегда появляется необходимость рассчитать экстенсивные и интенсивные статистические показатели. Экстенсивные (структурные) показатели могут быть рассчитаны на имеющейся базе, для расчета интенсивных показателей необходимы достоверные данные о численности и возрастно-половом составе населения. Существует несколько источников информации о численности и структуре населения, которые на данный момент используются для анализа в здравоохранении. Это официальная государственная статистика, данные о составе застрахованного в системе ОМС, данные ежегодной переписи детей и периодических переписей всего населения.

Обширная база данных показателей государственной медицинской статистики, информационных баз данных территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций должна быть эффективно использована для более глубокой проработки, чем та, которая требуется для составления традиционных отчетов, руководителям в решении оперативных вопросов. Однако ни содержание этих документов, ни существующая технология сбора и обработки информации не позволяют использовать их для выявления реальных проблем и подготовки стратегических управленческих решений. Это тем более должно вызывать сожаление, если учитывать финансовые затраты на сбор этих данных.

Система управления здравоохранением характеризуется сложностью, информативностью, комплексным характером процессов и предполагает полисистемное исследование и моделирование. Это требует разработки новых методологических подходов к построению информационных систем анализа и поддержки принятия управленческих решений, которые должны стать надежным инструментом в работе руководителя органа управления здравоохранением или отдельной организации. Наиболее важные функции, которые выполняют руководители, — это планирование и подготовка бюджетов. На стратегическом уровне эти функции поддерживаются информационными системами. Работа на оперативном уровне за-

частую строится на "бумажных" технологиях, которые не позволяют эффективно решать следующие задачи:

- составление и контроль бюджета по видам деятельности (кодам бюджетной классификации, определение приоритета платежей и их осуществление и др.);
- составление и консолидация отчетности;
- контроль показателей финансово-хозяйственной деятельности;
- документооборот — организация документального оформления деятельности;
- многопараметрические анализ, работа с ретроспективными данными, прогнозирование состояния системы;
- принятие решения по управлению данными параметрами.

Давно стало очевидным, что информация должна собираться не для формального отчета, а для подготовки решений по совершенствованию различных служб охраны здоровья населения. Первое, что для этого необходимо, — сильное и осознанное желание руководителей изменить механизм принятия решений в системе здравоохранения, не отказываясь от опыта и интуиции, подкреплять их оперативной информацией и принимать решения более осознанно и менее импульсивно. Классический процесс информационной поддержки управления весьма сложен и включает в себя все этапы выработки управленческих решений: сбор, проверку и анализ информации (с использованием различного программно-математического инструментария), подготовку возможных вариантов решений, выбор решения (с учетом прогноза возможных последствий этого решения), организацию его реализации, учет, контроль, анализ результатов, выработку корректирующих воздействий.

Увеличение объема информации, поступающей в органы управления и непосредственно к руководителям, усложнение решаемых задач, необходимость учета большого числа взаимосвязанных факторов и быстро меняющейся обстановки определили необходимость использования вычислительной техники в процессе принятия решений. Сегодня на любом уровне управления системой здравоохранения сложилась следующая ситуация: с одной стороны, возрастающая потребность в информации для выработки и принятия управленческих решений, с другой — эта информация недостаточно структурирована, несогласованна, разрозненна, не всегда достоверна, сложна для оперативного получения и обработки. Для эффективного решения этих задач как раз и существует такой класс информационных систем — системы поддержки принятия ре-

шений (СППР). Они помогают осуществлять следующие функции:

- оценка обстановки (ситуаций), выбор критериев и оценка их относительной важности;
- генерация возможных решений (сценарии действий);
- оценка альтернативных сценариев (действий, решений) и выбор лучшего;
- обмен информацией об обстановке принимаемых решений и согласование групповых решений;
- моделирование принимаемых решений (в тех случаях, когда это возможно);
- динамический компьютерный анализ возможных последствий принимаемых решений;
- сбор данных о результатах реализации принятых решений и оценка результатов.

Прикладные программные компоненты ИТ для поддержки принятия решений относятся к одной из двух категорий: системы помощи при принятии решений, в которых лицо, принимающее решения, назначает взвешенные значения каждого фактора в решении, и системы с моделированием решения, в которых пользователь апробирует различные стратегии, чтобы достигнуть желаемого результата. Цель этих систем заключается в накоплении, анализе и интегрировании данных для формирования критериев направленности интересов организации. Такие критерии могут относиться к состоянию первоочередных программ развития, состоянию экономического положения, учету ресурсов, эффективности управления, использованию кадрового потенциала и т. п. Критерии могут отображаться в виде текста, таблиц, графиков. Новые технологии и современное программное обеспечение должны дополнять возможности информационных систем адаптивными качествами посредством изучения и реализации изменяющихся информационных потребностей.

Поддержка принятия управленческих решений на основе накопленных данных с использованием ИТ может выполняться на трех основополагающих уровнях.

- *Уровень детализированных данных.* Это уровень действия большинства систем, нацеленных на поиск информации.
- *Уровень агрегированных показателей.* Комплексный взгляд на собранную информацию, ее обобщение и агрегация, многомерный анализ являются задачами систем оперативной аналитической обработки данных.
- *Уровень закономерностей.* Поиск функциональных и логических закономерностей в накопленной информации,

построение моделей и правил, которые объясняют найденные аномалии или (с определенной вероятностью) прогнозируют развитие некоторых процессов.

Главным звеном нового синтезированного направления в области использования отдельных компонентов информационных технологий и систем для поддержки принятия решений могло бы стать применение сложного математического, статистического анализа баз данных. К таким методам анализа относятся все виды визуализации данных, алгоритмы предварительной обработки данных (редактирование, преобразование, фильтрация, получение выборок), проектирование данных, методы и средства оперативного и интеллектуального исследования данных, статистические методы, методы оптимизации и многое другое. Именно они позволят перейти на новый содержательный уровень работы.

На сегодняшний день корректное внедрение информационных технологий для управления здравоохранением приобретает исключительно важную роль. С одной стороны, программный комплекс управления исключает рутинные методы обработки информации, повышает оперативность и эффективность, предоставляет возможности для оперативного анализа деятельности служб, дает инструмент для быстрого принятия управленческих решений, формирует любые запросы статистических данных, оптимизирует финансовые потоки, обеспечивает прием и передачу данных внешним организациям — городским, областным службам, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и т. д. С другой стороны, формирование первичной медико-статистической информации и научно обоснованный востребованный объем данных, собираемых от организаций здравоохранения, становятся необходимой базой для решения региональных задач:

- мониторинга здоровья населения;
- решения комплекса задач по расширению профилактических мероприятий и повышению качества медицинской помощи, совершенствованию управления, организации, финансирования здравоохранения;
- формирования целевых программ по охране здоровья населения области и обеспечения информационной поддержки законодательной инициативы органов управления здравоохранением;
- оптимизации структуры медицинской сети, ресурсов и видов оказываемой медицинской помощи области;
- представления медицинской статистической информации страховым организациям для проведения расчетов, подготовки установленных форм государственной отчетности.

Надо понимать, что внедрение ИТ в управленческий процесс имеет некую особенность: либо система должна быть внедрена повсеместно, на всех рабочих местах, связанных с созданием, редактированием и хранением и управлением информацией, либо, в противном случае, эффективность от ее использования будет минимальной. Такая постановка вопроса сразу выявляет одну из основных проблем внедрения ИТ: в любой организации найдутся люди, стремящиеся избежать чего-либо нового. Консерватизм персонала обычно обусловлен нежеланием обучаться и переобучаться, а также низким уровнем компьютерной грамотности. Такие черты во многом присущи и существующей системе здравоохранения, поэтому необходимо сделать плавный переход от бумажных технологий к электронным. Например, сначала внедрить только электронную почту. Модель работы электронной почты достаточно понятна, люди легко к ней привыкают. Затем можно построить несложную интранет-систему и постепенно приучать сотрудников организации искать необходимые им справочные материалы (номера внутренних телефонов, даты и повестки совещаний, протоколы ведения больных, приказы, распоряжения и т. п.) на внутреннем интранет-сервере. Благодаря этому люди начнут понемногу привыкать читать документы с экрана, работать с электронными формами документов, распечатывать необходимую им информацию. Такой подход в любом случае сократит тиражирование бумажных документов, облегчит их обновление. Желательно, чтобы средства электронной почты и доступа к информации изначально являлись частями будущей системы документооборота. В этом смысле определенное преимущество предоставляет среда Lotus Notes, в которой указанные компоненты содержатся в базовой комплектации.

На этапе подготовительной работы очень важно найти сторонников — энтузиастов, которые будут помогать "отстающим" осваивать новую безбумажную технологию работы. Это должны быть инициативные, дружелюбные люди, мотивированные не на стремлении показать свое превосходство, а на желании помочь другим освоить то, что сами они уже знают. В соответствии с этим принципом должны быть организованы курсы обучения основам информатики в здравоохранении. Необходимо на первом этапе, чтобы курсы были практически добровольными, в дальнейшем эти сотрудники станут основным кадровым потенциалом для новой системы управления.

Важнейший фактор успеха в этом — позиция руководителя. При отсутствии заинтересованности с его стороны система остается незавершенной и внедренной только в некоторых подразделениях, на отдельных уровнях управления либо для

некоторых составляющих процесса управления. В худшем случае она не будет внедрена вовсе. Есть еще так называемый психологический фактор — нежелание непосредственно работать с компьютером, просматривать и редактировать документы. Многие руководители до сих пор серьезно заблуждаются, однобоко понимая проблему внедрения информационных технологий в управление здравоохранением. Сознавая, что информация, базы данных, вычислительные сети и системы — вещи стратегические, руководитель должен подчинить себе информационно-аналитическую систему (как подразделение) и уделять ему достаточно времени и внимания. Внедрение информационных технологий — это системный процесс, а не разовая акция. Поэтому важно сделать так, чтобы управление этим процессом имело высокий приоритет на уровне первого лица в системе или организации здравоохранения.

Еще одной проблемой является необходимость придания юридической силы электронным документам. Благодаря тому, что принят закон, регулирующий использование электронной цифровой подписи (ЭЦП), стало возможным придание электронным документам юридического статуса. В российской практике уже существуют примеры реального использования ЭЦП, например в межбанковском и внутрибанковском обменах. Если же возникающие периодически правовые коллизии в использовании медицинских документов все-таки вызывают беспокойство, можно пойти по компромиссному пути. Электронные документы, которые имеют правовые последствия, можно сопровождать бумажными копиями с "реальной подписью". Кроме того, распечатывать придется только конечный продукт работы — конкретные, уже полностью подготовленные бумажные документы и только в одной "правоустанавливающей" копии, что, безусловно, приведет к существенному снижению объема бумажных документов. Искоренение бумажных документов не является самоцелью, главное — это создание эффективной среды управления и функционирования организации.

Подводя итоги сказанному, отметим, что управление вообще, а в здравоохранении особенно, представляет собой многоуровневый и многофункциональный процесс, который нуждается в постоянной информационной поддержке. Возможно, что информационные технологии в обозримом будущем не всегда смогут дать руководителю единственно правильный вариант решения проблемы (принимать решение будет он сам, используя, прежде всего, свой опыт и интуицию), но подсказать или помочь принимать меньше ошибочных решений они смогут уже сегодня.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ X

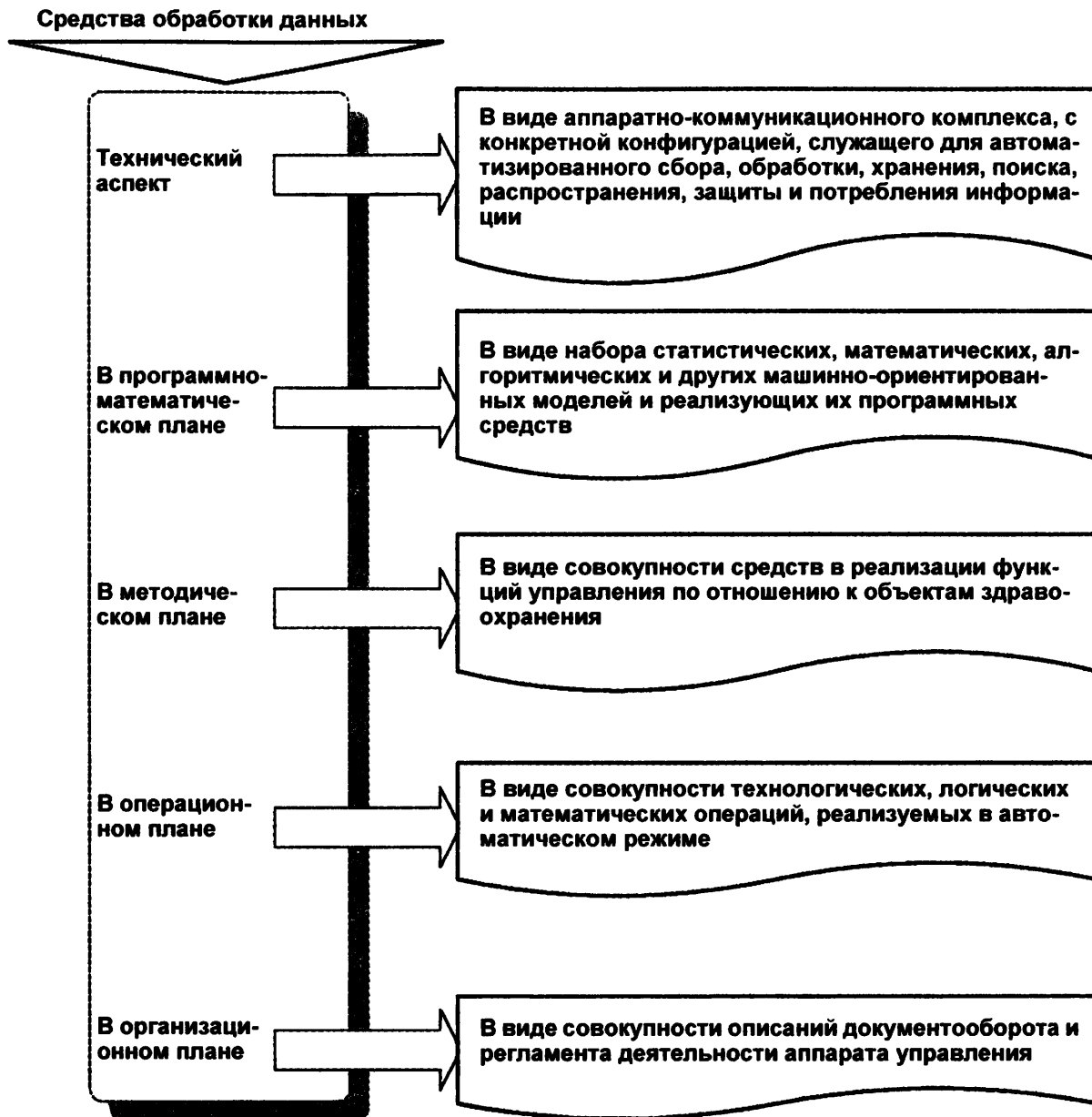


Рис. 10.1. Аспекты внедрения информационных технологий (ИТ) в управленческий цикл

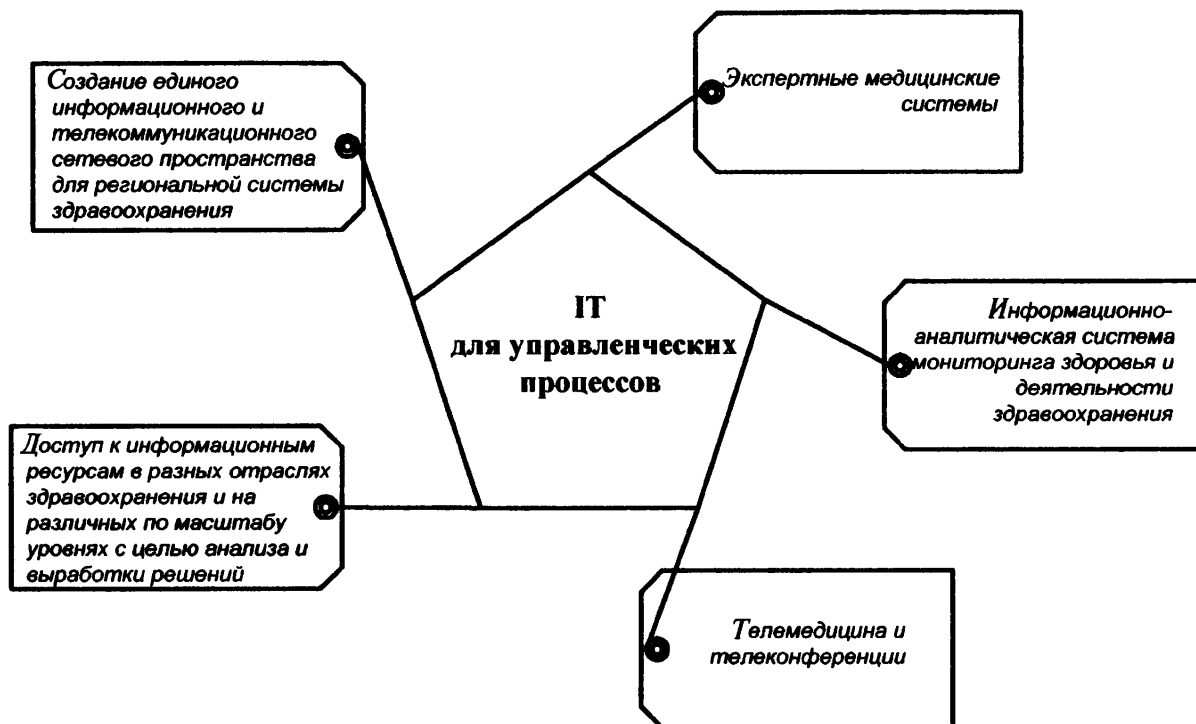


Рис. 10.2. Использование информационных технологий (ИТ) для управления здравоохранением



Рис. 10.3. Основные функции информационных систем в здравоохранении

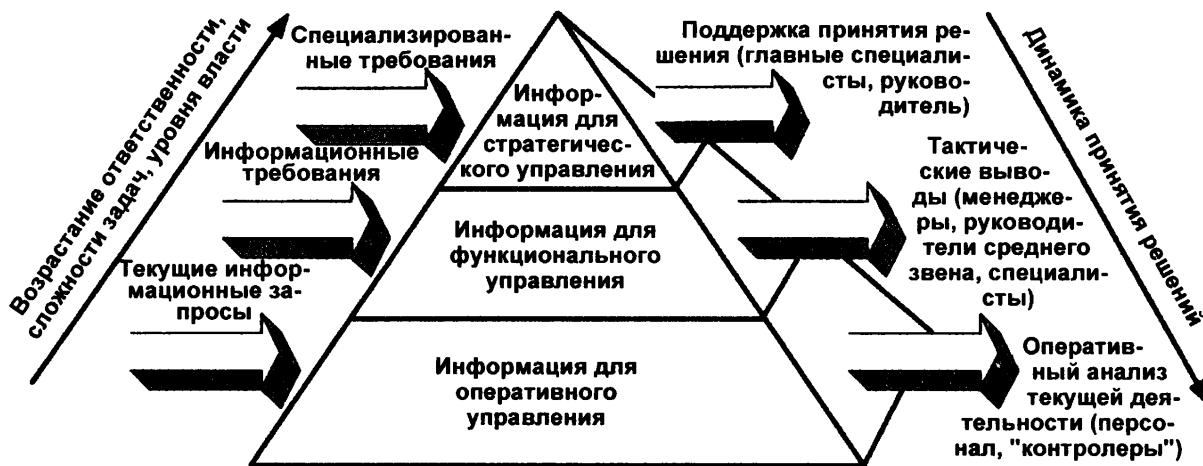


Рис. 10.4. Схема информационных потоков в управленческом цикле

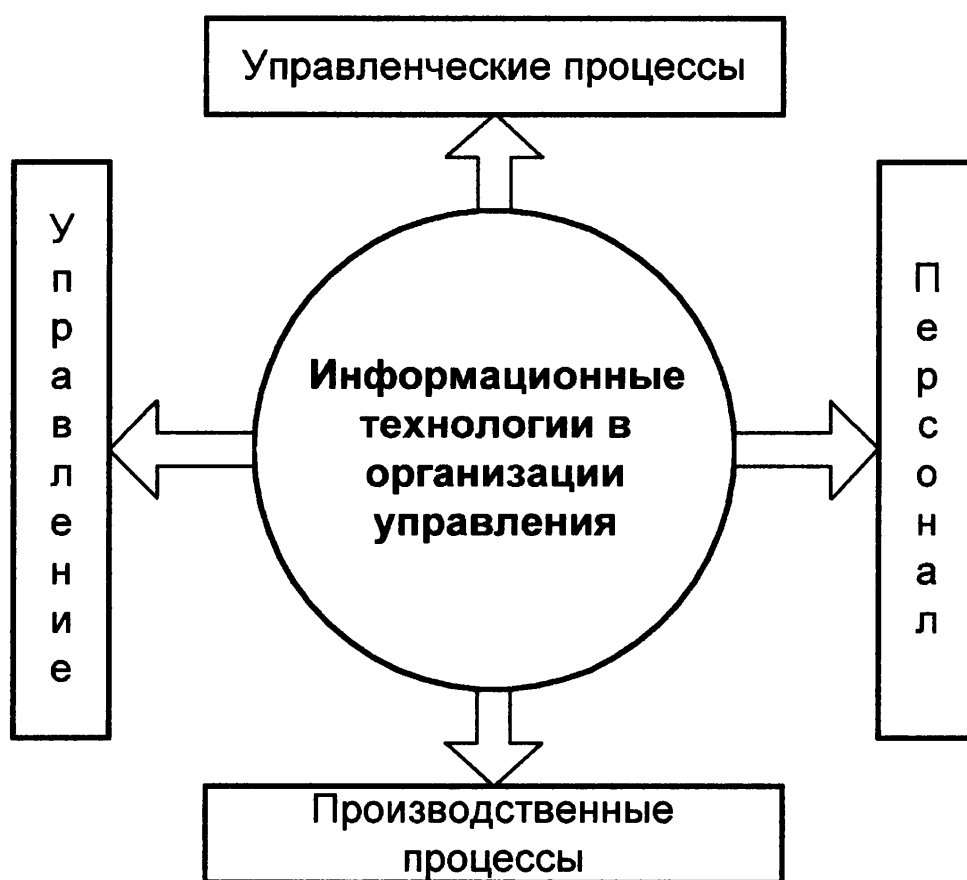
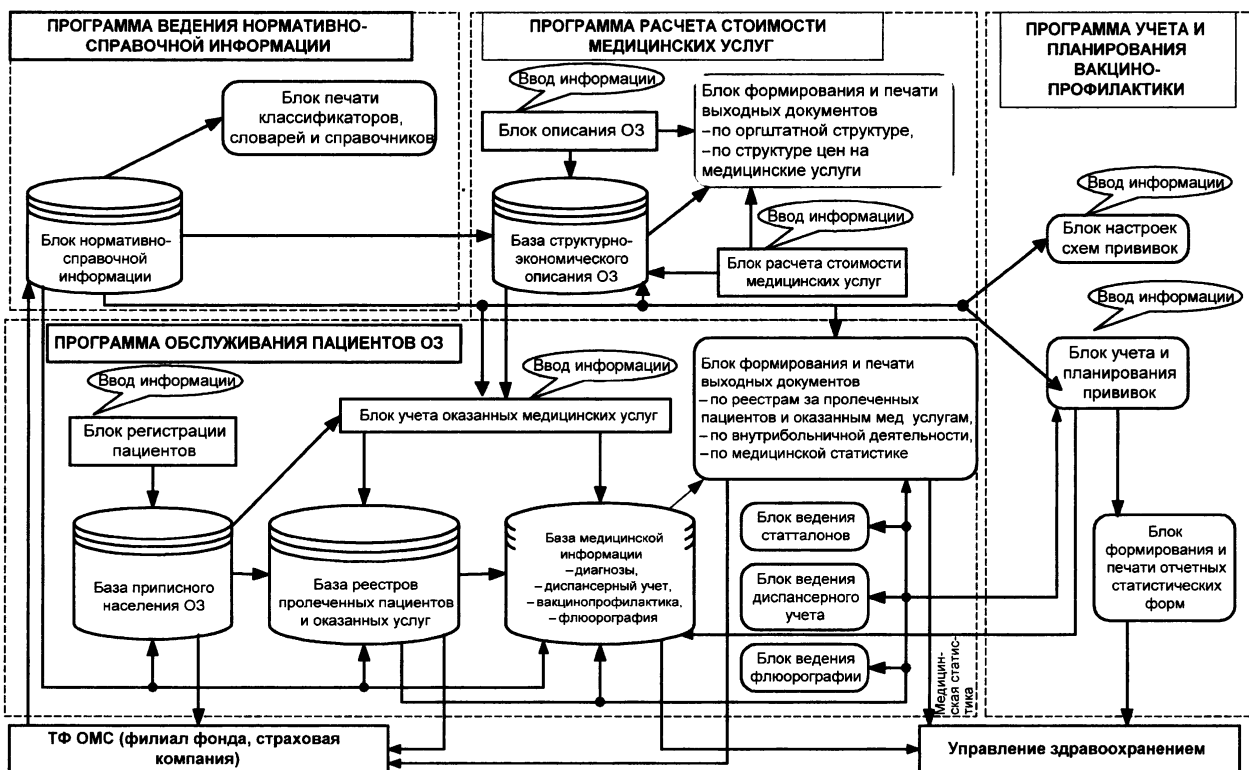


Рис. 10.5. Корпоративная среда использования современных информационных технологий в управлении



ОЗ – организация здравоохранения
ТФ – территориальный фонд

Рис. 10.6. Структурно-функциональная схема АСУ организации здравоохранения



ОЗ - организация здравоохранения, ТФ - территориальный фонд

Рис. 10.7. Схема информационной поддержки АСУ организации здравоохранения

Лекция XI. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СИСТЕМА ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

11.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи

Если мы откроем базовые документы, регулирующие отношения в сфере здравоохранения, к которым относятся Конституция Российской Федерации и "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", то не найдем там прямых гарантий оказания населению качественной медицинской помощи. Государство гарантирует доступную медико-социальную помощь, но будет ли она качественной, об этом документы умалчивают и тем самым не исключают оказания некачественных медицинских услуг. Однако с момента принятия этих законов прошло более десяти лет. За этот период правовая база здравоохранения бурно развивалась, в результате чего были приняты ряд подзаконных актов (в основном приказов МЗ РФ) по проблемам качества медицинской помощи. Эти нормативно-правовые документы условно могут быть разделены на три группы [Кучеренко В. З., 2001]:

- регулирующие правовые вопросы охраны здоровья и защиты прав пациента;
- регулирующие проблемы стандартизации в здравоохранении;
- регулирующие систему контроля качества медицинской помощи.

Несмотря на множество законов, на федеральном уровне до настоящего времени отсутствует законодательство, регулирующее отношения непосредственно по вопросам качества оказания медицинской помощи населению. Представленная выше правовая база является весьма несовершенной. Как и в других областях права, в здравоохранении на уровне субъектов РФ наблюдается несоответствие отдельных нормативных актов друг другу, их расхождение с федеральными законами. Но главное, ни в одном из федеральных законодательных актов не раскрывается понятие "качество медицинской помощи". Это не позволяет в должной мере использовать правовые

механизмы, обеспечивающие оказание населению качественной медицинской помощи, создает дополнительные сложности при реализации прав пациентов и, таким образом, определяет неэффективность использования средств и механизмов контроля качества в здравоохранении.

Помимо несовершенства правовой базы, проблему оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества обостряют причины экономического характера.

В переходный период 90-х годов перестройка экономики сопровождалась деструктивными процессами, при которых своего рода "полигоном" большинства преобразований являлась социальная сфера. Принимая решение по реформированию экономики, органы государственной власти надеялись, что переходный период будет недолгим и, соответственно, негативные социальные последствия — минимальными. Однако в реальности все сложилось по-иному.

Несоответствие между гарантиями государства в оказании населению бесплатной медицинской помощи и финансовой поддержкой этих гарантий является основной причиной того, что граждане страны не обеспечены в должной мере доступной качественной медицинской помощью.

Хроническое недофинансирование отрасли сказывается на ресурсном обеспечении организаций здравоохранения. Невозможность обновления основных фондов заставляет руководителей организаций здравоохранения эксплуатировать физически и морально устаревшее оборудование, что снижает качество медицинской помощи, создает угрозу безопасности пациентов и персонала. Нехватка финансовых средств обуславливает недостаток медикаментов и расходных материалов в стационарах. "Вымывание" дешевых лекарств из аптечной сети приводит к тому, что амбулаторные больные не в состоянии выполнять назначения врача. Все это является одной из наиболее распространенных причин нарушения технологии лечебно-диагностического процесса. Качество технологии снижается и в связи с тем, что медицинские работники не только являются производителями медицинских услуг, но и активно участвуют в формировании потребности, спроса на них. Это также является почвой для нерационального использования средств здравоохранения и усугубляет их дефицит.

Снижение жизненного уровня населения, уменьшение числа бесплатных для пациента медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения обуславливают ограничение доступности медицинской помощи. В условиях недостатка финансовых средств каждое медицинское учреждение в отдельности и отрасль в целом заинтересо-

ваны в поиске источников своего дополнительного финансирования. Государство в современных условиях не способно профинансировать все расходы, связанные с охраной здоровья населения. Поэтому часть бремени этих расходов перекладывается на самих пациентов. Все больше расширяется сектор платных медицинских услуг, оказываемых населению, все чаще пациентам приходится участвовать в издержках по своему пребыванию в стационарах (приобретение медикаментов, компенсация расходов на питание, мягкий инвентарь и т. д.). Не вдаваясь в оценку оправданности этой тенденции и размера сектора платных услуг, заметим лишь, что он обуславливает снижение, с одной стороны, доступности, а с другой — удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Таким образом, привлечение средств населения как источника дополнительного финансирования также следует считать одной из причин, обостряющих проблему управления качеством медицинской помощи.

Условия недостатка финансовых средств, материальных ресурсов здравоохранения побуждают организации здравоохранения не только к поиску дополнительных источников финансирования, но и к снижению издержек на оказание медицинских услуг. Само по себе это может расцениваться как положительная тенденция, но в сочетании с отсутствием действенных механизмов контроля за выполнением необходимого объема лечебно-диагностической помощи оно может служить причиной нарушения медицинских технологий и, соответственно, достижения оптимального качества медицинской помощи.

Что же вкладывается в понятие **"качество медицинской помощи"**? В литературе можно встретить много определений этого понятия. Приведем некоторые из них:

- качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, — это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья [Донабедиан А., 1980];
- ...должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств в данном обществе и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность... [Ремери М., Монтойя Агиляр С., ВОЗ, 1988];
- качество — это следование требованиям или инструкциям [Кросби Ф., 1979].

Во многих зарубежных странах часто используется опреде-

ление ВОЗ, которая вкладывает в это понятие следующее: *"Каждый пациент должен получить такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, возрастом пациента, диагнозом заболевания, реакцией на лечение; при этом должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а результат и удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи максимальными"*.

Наиболее полным и в то же время простым, на наш взгляд, является определение, разработанное Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ, которое мы и предлагаем использовать как основное:

Качество медицинской помощи (health care quality) — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Исходя из перечисленных выше определений, можно выделить следующие характеристики качества медицинской помощи:

- профессиональная компетенция;
- доступность;
- результативность;
- межличностные взаимоотношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- удовлетворенность.

Остановимся более подробно на них.

Профессиональная компетенция подразумевает наличие знаний и навыков медицинских работников и вспомогательного персонала, а также то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, протоколам и стандартам. Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в решении существующих проблем. Для врачей — это знания, навыки и искусство постановки диагноза, лечения больного. Набор навыков вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента.

Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стан-

дартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Доступность медицинской помощи означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой помощи.

Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного.

Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания и т. д. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии.

Организационная доступность подразумевает оптимизацию в работе отдельных медицинских служб. Например, часы работы поликлиники должны предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время, недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня, и т. д.

Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

Результативность. Качество работы здравоохранения зависит от эффективности и результативности используемых медицинских технологий. При оценке результативности необходимо ответить на следующие вопросы:

- Приведет ли назначенное лечение к желаемым результатам?
- Приведет ли назначенное лечение к наилучшим результатам в данных условиях?

Межличностные взаимоотношения. Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важными элементами этих взаимоотношений являются искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

Эффективность в данном случае следует рассматривать как отношение затраченных ресурсов к полученным результатам. Эффективность всегда относительна, поэтому анализ эффективности производится, как правило, для сравнения альтернативных решений.

Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены. При этом эффективно функционирующая система здравоохранения обеспечивает оптимальное качество (при имеющихся ресурсах) медицинской помощи.

Непрерывность. Эта характеристика означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки и неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, соблюдая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на результативность, снижает эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения.

Безопасность. Как одна из характеристик качества, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам.

Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врач пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны оцениваться в сравнении с потенциальным риском.

Удобство. Под этой характеристикой подразумевается комфорт, чистота, конфиденциальная обстановка в медицинских учреждениях. Речь может также идти и о таких вещах, как наличие приятной музыки, телевидения и т. п.

Удовлетворенность. Система здравоохранения должна отвечать как требованиям медицинских работников, так и ожиданиям и потребностям пациентов.

Удовлетворенность пациентов. Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. Немаловажную роль играет соблюдение принципов деонтологии со стороны медицинского персонала.

Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медперсоналом, а также на непрерывность медицинской помощи как наиболее важные характеристики качества. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессиональную компетентность персонала.

Удовлетворенность медицинских работников, как правило, определяется необходимыми условиями в организации медицинской помощи, размером и формой оплаты труда. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, решение вопросов социальной защищенности.

Принято считать, что качество медицинской помощи включает в себя три основных **компонента**, которые соответствуют по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

- структурное качество (структурный подход к обеспечению и оценке);
- качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
- качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Структурное качество характеризует условия оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению ко всему медицинскому учреждению в целом и по отношению к конкретному медицинскому работнику в отдельности.

Структурное качество, оцениваемое по отношению ко всему учреждению, характеризуют такие параметры, как состояние зданий и помещений, в которых располагается медицинское учреждение; кадровое обеспечение, квалификация кадров; наличие, состояние и рациональность использования медицинского оборудования; уровень обеспеченности лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения; сервисные условия и др.

При оценке качества по отношению к каждому сотруднику оцениваются профессиональные качества медицинского работника как сумма теоретических знаний и практических навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи.

Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи, правильности выбора тактики и качестве выполненной работы. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий,

оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной, даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может являться наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т. е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым.

Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, ко всем больным медицинского учреждения, к населению в целом.

Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым, с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может являться его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планиваемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности.

При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: "выздоровление", "перевод", "смерть". В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: "выздоровление", "улучшение", "без перемен", "ухудшение", "перевод", "смерть". По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами являются: "выздоровление", "ремиссия", "госпитализация", "перевод в другое медицинское учреждение", "инвалидизация", "смерть".

Качество результата по отношению ко всем больным медицинского учреждения следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике лечебно-профилактических учреждений для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют раз-

личные качественные показатели: летальность, частота послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др.

Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья (см. часть I Курса лекций).

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень структурного качества — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как "принцип негатива" — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

11.2. Управление качеством медицинской помощи

По мере развития знаний и накопления опыта в области изучения качества медицинской помощи появлялись различные определения концепции управления качеством. А. Донабедиан определяет ее как "всю деятельность, направленную на обеспечение, поддержание и улучшение качества медицинской помощи". Руелас и Френк определили концепцию управления качеством как "систематический процесс ликвидации несоответствия между получаемыми и желаемыми исходами". Согласно определению Палмера, американского специалиста по управлению качеством в оказании амбулаторной медицинской помощи, это "процесс измерения качества, анализа вскрытых недостатков и принятия мер по улучшению работы с последующим повторным измерением качества для того, чтобы определить, было ли достигнуто улучшение. Это систематическая, циклическая деятельность с использованием стандартов". Американский врач Бервик провел большую работу по применению принципов непрерывного улучшения качества в здравоохранении. Этот подход к управлению качеством является интегрированным организационным подходом по удовлетворению потребностей и ожиданий пациента, включающим и персонал, и руководство учреждения в процесс улучшения работы различных служб при использовании

статистических и аналитических методов. Согласно Бервику, управление качеством — это "системный подход к трансформации управления организацией в соответствии с происходящими изменениями, текущей рабочей ситуацией и напряжением, вызванным изменениями".

В отечественном здравоохранении в настоящее время принято следующее определение:

Управление качеством (quality management) медицинской помощи — это *организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи и удовлетворения потребителей.*

Все приведенные выше формулировки имеют несколько общих характеристик:

- каждое определение описывает систематический, продолжающийся процесс;
- процесс управления ориентирован на улучшение и использование информации в процессе работы;
- в сущности управления качеством лежит деятельность, направленная на установление определенного порядка и стандартов, мониторинг качества работы и его улучшение;
- качественная медицинская помощь должна быть наиболее результативной и безопасной.

Обобщая сказанное выше, можно заключить, что в современных условиях **система управления качеством медицинской помощи** представляет собой *совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результат медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.* Эта система основывается на следующих принципах:

- непрерывность управления качеством;
- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи для получения сопоставимых результатов;
- использование экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;
- мониторинг системы управления качеством медицинской помощи;

- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности.

Дизайн качества (quality design), или конструирование качества, — это деятельность по созданию системы предоставления качественной медицинской помощи. Дизайн качества включает: определение того, кто является потребителем медицинских услуг; установление нужд потребителей; определение результата, отвечающего нуждам потребителей; разработку структуры системы, необходимой для достижения нужного результата; превращение плана в действия.

Обеспечение качества (quality assessment) — это виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые в рамках системы управления качеством при условии их подтверждения и при наличии уверенности в том, что объект будет выполнять планируемые требования к качеству. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимо: создать соответствующую законодательную и нормативно-правовую базу по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; привести в соответствие с нормативно-правовой базой структуры и ресурсы (кадровые, финансовые, материальные и информационные); создать соответствующие технологические стандарты и стандарты на результаты и эффективно контролировать выполнение медицинских технологий.

Контроль качества (quality control) — это методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для оценки выполнения требований к качеству, его измерению и мониторингу.

Непрерывное повышение качества (continuous quality improvement) — это комплекс мероприятий, постоянно проводимых медицинскими организациями с целью повышения эффективности и результативности их деятельности, совершенствования всех показателей работы организаций здравоохранения в целом, всех подразделений и отдельных сотрудников. Процесс повышения качества предусматривает получение выгоды как для медицинской организации, так и для потребителей медицинских услуг.

Учитывая важность контроля и непрерывного повышения качества в сложившихся в настоящее время условиях, мы посчитали целесообразным выделить их в отдельный раздел лекции, где рассмотреть более подробно.

11.3. Контроль качества медицинской помощи

Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении реальной ситуации с существующими стандартами (протоколами) и принятыми нормами ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, ее соответствия принятым стандартам является экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участники контроля (кто должен осуществлять контроль);
- средства контроля (с помощью чего осуществляется контроль);
- механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательность действий).

В соответствии с законодательством к участникам контроля относятся: медицинские учреждения, общественные объединения потребителей, органы управления здравоохранением, лицензирующие органы, страховые медицинские организации, профессиональные медицинские ассоциации, фонды ОМС, государственные медицинские образовательные учреждения, медицинские НИИ, осуществляющие послевузовское или дополнительное профессиональное образование специалистов, страхователи, Госстандарт России и его территориальные органы, Государственный комитет по антимонопольной политике и его территориальные органы, органы Госсанэпиднадзора, органы государственного пожарного надзора, государственная инспекция по охране труда, комитеты по управлению государственным имуществом, исполнительные органы фонда социального страхования.

С точки зрения общности интересов, преследуемых в процессе контроля, всех участников контроля можно объединить в три звена:

- контроль со стороны производителя медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителя медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

Имеют место и другие подходы к объединению участников контроля качества медицинских услуг:

- государственный контроль;
- профессиональный контроль: внутренний (ведомственный), внешний (вневедомственный), независимый (аудиторский);
- общественный контроль;
- контроль пациента.

Однако действующие нормативно-правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают только два вида контроля: *ведомственный* и *вневедомственный контроль качества медицинской помощи*. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и организации управления здравоохранением, вневедомственный — все остальные, перечисленные выше. В дальнейшем мы остановимся на них более подробно.

В настоящее время используется более десяти различных методов и соответствующих им средств контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения, экспертная оценка качества и т. д.

Механизмами контроля качества медицинской помощи являются:

- процедуры лицензирования медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья;
- аккредитация учреждений различных систем здравоохранения;
- контроль профессиональных качеств медицинских работников;
- сертификация лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестация и аккредитация образовательных учреждений, реализующих программы додипломной и последипломной подготовки медицинских работников.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Для того чтобы более подробно разобраться в средствах и механизме осуществления ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, рассмотрим разработанные в Новгородской области, одном из типичных субъектов РФ, положения и алгоритмы проведения контроля качества медицинской помощи.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Новгородской области проводится в следующем порядке:

- заведующие структурными подразделениями (первая ступень экспертизы) ежемесячно проводят экспертизу 10 % законченных случаев лечения в отделениях и осуществляют текущий контроль за качеством медицинской помощи;

- заместители руководителя организации здравоохранения по клинико-экспертной работе (КЭР), лечебной работе, амбулаторно-поликлинической службе (вторая ступень экспертизы) проводят 30—50 экспертиз ежеквартально;
- клинико-экспертные комиссии (КЭК) организации здравоохранения (третья ступень экспертизы) осуществляют экспертизу качества медицинской помощи постоянно при направлении пациентов на КЭК, в случае предъявления жалоб пациентом или его родственниками;
- главные штатные и внештатные специалисты Комитета по здравоохранению и Управления по охране здоровья населения Комитета по социальным вопросам и охране здоровья населения администрации города (по согласованию), осуществляют экспертизу по направлениям (четвертая ступень экспертизы) два раза в год.

Кроме того, обязательному экспертному контролю подлежат:

- все случаи летальных исходов среди детского населения, пациентов в стационарах, лиц трудоспособного возраста на дому;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений, приведших к летальным исходам или значительному удлинению сроков лечения;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи повторной госпитализации в течение одного года по поводу одного заболевания, если схема лечения не предполагает проведения повторных стационарных курсов;
- случаи заболевания с укороченными или удлинненными более чем на треть по сравнению со средними сроками лечения;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

Экспертиза качества медицинской помощи может быть *плановой, внеплановой и комплексной* (всего учреждения или службы).

По результатам экспертизы заведующие отделениями, заместители главного врача по лечебной, клинико-экспертной и амбулаторно-поликлинической работе, главные штатные и внештатные специалисты заполняют специально разработанную "Карту экспертной оценки объема и качества стационарной медицинской помощи" или "Карту экспертной оценки объема и качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи" (см. иллюстрации к лекции).

Каждый дефектный случай врач-эксперт обсуждает с лечащими врачами, заведующими профильными отделениями, заместителями главного врача по лечебной и клинико-экспертной работе. Случаи с расхождением диагнозов подлежат разбору на врачебных клинико-анатомических конференциях. Случаи с выявлением грубых ошибок и нарушений в ходе лечебно-диагностического процесса разбираются на заседаниях лечебно-контрольных комиссий. Случаи, сопровождающиеся обоснованными жалобами родственников больных и не подпадающие под перечисленные выше категории, разбираются на заседаниях КЭК.

В случаях несогласия администрации организации здравоохранения с заключением эксперта материалы экспертизы в двухнедельный срок предоставляются для рассмотрения на межведомственную экспертную комиссию.

Все дефектные случаи должны учитываться при подведении итогов работы подразделения за месяц, полугодие, год.

Новгородский научный центр Северо-Западного отделения РАМН ежегодно проводит изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи путем анкетирования пациентов.

По результатам ведомственной экспертизы качества медицинской помощи заместители главного врача по лечебной и клинико-экспертной работе и амбулаторно-поликлинической помощи два раза в год заполняют "Сводную таблицу результатов экспертизы КМП в ОЗ" и предоставляют ее в электронном виде в организационно-экономический отдел областной клинической больницы (по взрослому населению) и в организационно-методический отдел областной детской клинической больницы (по детскому населению) для создания единой информационной базы экспертизы качества медицинской помощи в организациях здравоохранения области.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, проводится штатными и внештатными врачами-экспертами страховой медицинской организации (СМО) при плановых проверках организаций здравоохранения, при внеплановых проверках в случае выявления многочисленных нарушений в представленных поименных реестрах пролеченных больных и по жалобам и заявлениям застрахованных и их родственников.

Ежемесячно при сдаче организациями здравоохранения счетов и поименных реестров в СМО проводится автоматизированная медико-экономическая экспертиза представленных счетов и поименных реестров.

При этом оценивается:

- соответствие Ф. И. О. больного, № страхового медицинского полиса базе данных застрахованных в СМО;
- наличие у организации здравоохранения лицензии на представленные в реестре виды медицинской помощи;
- соответствие выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги территориальной программе ОМС.

При наличии в реестре медицинских услуг, оказанных гражданам, не застрахованным в СМО, или медицинских услуг, не входящих в территориальную программу ОМС, а также медицинских услуг, на которые организация здравоохранения не имеет лицензии, СМО имеет право не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг. Данные медицинские услуги автоматически исключаются из объема медицинских услуг, оказанных данной организацией здравоохранения.

Плановые проверки проводятся с выездом врачей-экспертов в каждую организацию здравоохранения области, предоставляющую медицинскую помощь по программе ОМС, не менее двух раз в год. Администрация организации здравоохранения не менее чем за 5 дней уведомляется о предстоящей проверке.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится врачами-экспертами СМО по медицинской документации. Плановый объем медицинской документации, подлежащей экспертному анализу, должен составлять не менее 1 % от общего объема пролеченных больных.

Врач-эксперт для доказательства своих полномочий предъявляет документ, подтверждающий его отношение к СМО. Администрация организации здравоохранения обязана предоставить врачу-эксперту условия для работы (рабочее место) и всю требуемую документацию. При необходимости привлечения к экспертизе внештатного врача-эксперта требуемая документация предоставляется врачам-экспертам СМО с последующей передачей специалисту соответствующего профиля.

Экспертному контролю подлежат:

- жалобы пациентов или страхователей на качество медицинской помощи;
- неблагоприятный исход заболевания (случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений, случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года, если схема лечения не предполагает проведения повторных курсов лечения, случаи летальных исходов, случаи с расхожде-

нием диагнозов, случаи с удлинением или укорочением сроков лечения);

- несоответствие представленных счетов на оплату медицинских услуг территориальным медико-экономическим стандартам или включение в счет медицинских услуг, не входящих в территориальную программу ОМС;
- наличие многочисленных дефектов в оказании медицинской помощи у отдельных специалистов, подразделений, организаций здравоохранения;
- несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания.

Качество медицинской помощи оценивается по стандарту, включающему в себя:

- качество сбора информации о больном (жалобы, анамнез, объективный статус);
- проведение необходимых диагностических мероприятий;
- правильную постановку и обоснование диагноза;
- качественно выполненные лечебные мероприятия;
- качественное ведение медицинской документации, предусматривающее регулярные врачебные записи о состоянии больного и имеющейся динамике заболевания, трактовку полученных лабораторных и инструментальных методов исследования, обоснование необходимости проведенных оперативных и других медицинских вмешательств, наличие записей о проведенных консультациях и консилиумах и их решениях, этапных, переводных и выписных эпикризов.

Выявленные дефекты качества медицинской помощи классифицируются в соответствии с "Перечнем дефектов при оказании медицинской помощи и размерами применяемых экономических санкций". Расчет экономических санкций производится по расчетной стоимости единицы объема медицинской помощи, утвержденной администрациями городов и районов в муниципальных заказах по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью на текущий год.

Каждый случай медицинской помощи, признанный дефектным, обсуждается с представителем проверяемой организации здравоохранения (главным врачом или его заместителем по лечебной, клинико-экспертной работе или амбулаторно-поликлинической помощи). По итогам проверки врачом-экспертом составляется "Акт экспертизы объема и качества стационарной помощи" или "Акт экспертизы объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи", а также "Реестр актов экспертизы качества медицинской помощи". Акт под-

писывается администрацией организации здравоохранения в день завершения проверки. Первый экземпляр актов находится в СМО, второй экземпляр остается в организации здравоохранения.

При несогласии с результатами проведенной экспертизы качества медицинской помощи администрация организации здравоохранения в 14-дневный срок направляет письменную претензию в межведомственную экспертную комиссию. При этом в день завершения проверки в актах экспертизы делается отметка о несогласии администрации с результатами проверки, после чего акты подписываются обеими сторонами. Межведомственная экспертная комиссия рассматривает претензию и принимает решение в 14-дневный срок с момента ее получения. Решение направляется в организацию здравоохранения и в СМО.

Суммы начисленных экономических санкций по результатам экспертизы качества медицинской помощи используются следующим образом:

- 80 % направляется в организации здравоохранения целевым назначением и используется ими на устранение причин неудовлетворительного качества медицинской помощи (повышение квалификации персонала, приобретение оборудования, реактивов, учебной литературы, внедрение новых технологий и т. п.) с последующим представлением отчета СМО. Не разрешается использовать эти средства на оплату труда персонала;
- 10 % направляется в резерв оплаты медицинских услуг;
- 10 % используется на оплату расходов по ведению дела СМО и на организацию и проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Во время плановых проверок врачами-экспертами производится отбор случаев оказания медицинской помощи, требующих привлечения к проведению экспертизы внештатных врачей-экспертов соответствующей специализации. Акты экспертизы по данным случаям включаются в результаты следующей плановой проверки.

В вопросах экспертизы качества медицинской помощи одним из основных принципов является единообразие экспертных подходов: эксперты ведомственной и вневедомственной систем должны использовать одинаковые стандарты (протоколы), нормы и правила оказания медицинской помощи и одинаковые методики проведения экспертизы.

Исходя из этого положения, в Новгородской области разработаны **единые алгоритмы** проведения ведомственной и вневедомственной экспертизы качества отдельно для амбулатор-

но-поликлинических и стационарных организаций здравоохранения.

Алгоритм ведомственной/вневедомственной экспертизы качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Эксперт во время проведения экспертизы качества медицинской помощи оценивает:

- соответствие оформления медицинской документации принятым нормам и правилам;
- правильность и своевременность постановки диагноза;
- достаточность и своевременность назначения и проведения диагностических мероприятий;
- адекватность лечебных мероприятий поставленному диагнозу или имевшейся у больного симптоматике;
- правильность выполнения инструкции о порядке выдачи листка нетрудоспособности в случаях с временной утратой трудоспособности.

Эксперт выявляет дефекты, устанавливает их причины, дает рекомендации в устной или письменной форме лечащим врачам или руководителям организации здравоохранения по устранению и предупреждению выявленных недостатков. Особое внимание эксперт должен уделять выявлению и профилактике возникновения систематических ошибок.

Экспертиза начинается с заполнения паспортной части карты оценки качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, которая соответствует паспортной части амбулаторной карты.

При экспертизе диагностических мероприятий при первичном обращении больного оценивается полнота собранных лечащим врачом жалоб, данных анамнеза, объективных данных, их влияние на своевременность и правильность установления клинического диагноза. Эксперт оценивает план обследования больного и каждую диагностическую процедуру (лабораторное, инструментальное обследование, консультации специалистов) с точки зрения необходимости и своевременности проведения данной процедуры, правильности интерпретации ее результатов, их значение для установления правильного диагноза, необходимости повторения данной процедуры, ее кратности. При установлении неприемлемости сроков выполнения или неправильной интерпретации результатов диагностической процедуры эксперт оценивает, как это повлияло на установление диагноза, выбор тактики лечения, сроки лечения и исход заболевания. Должна быть дана оценка заключительного диагноза, своевременности его установления, обоснованности и соответствия принятым классификациям. В случае неправильно установленного диагноза экспертом должен

быть сделан вывод о его влиянии на выбор тактики, сроки лечения и исход заболевания.

Оценка лечебных мероприятий начинается с оценки проведенного консервативного лечения, его адекватности установленному диагнозу, достаточности суточных и курсовых доз применяемых лекарств, сроков их назначения. Для этого применяется метод сравнения с действующими стандартами (протоколами) и принятыми нормами ведения больных. Недостаточность или избыточность лечебных мероприятий оцениваются экспертом с точки зрения их влияния на сроки лечения и исход заболевания.

Оценка оперативного лечения в амбулаторных условиях дается исходя из обоснованности и своевременности проведенного оперативного вмешательства, наличия или отсутствия осложнений в ходе операции или после нее. При несвоевременном проведении оперативного вмешательства или возникновении осложнений устанавливаются их причины, а также влияние на сроки лечения и исход заболевания.

Оценка анестезиологического пособия предусматривает определение адекватности выбранного метода анестезии. Неадекватная анестезия или ее отсутствие при наличии показаний оценивается исходя из ее влияния на проведение оперативного вмешательства и развитие осложнений во время или после него.

Оценка полноты диспансерных мероприятий дается с точки зрения своевременности, регулярности врачебных осмотров диспансерных больных, проведенного лабораторного и инструментального обследования, назначения противорецидивного лечения. Несвоевременность и недостаточность диспансерных мероприятий оцениваются исходя из их влияния на состояние больного, частоту возникновения рецидивов заболевания, их тяжесть и длительность. Профилактические и реабилитационные мероприятия оцениваются с учетом наличия показаний к их проведению, своевременности проведения, достаточности, влияния на исход заболевания. Исход заболевания оценивается на основании изменений в состоянии здоровья больного в результате проведенного лечения. При неблагоприятном исходе устанавливается наличие причинно-следственной связи с проведенным обследованием и лечением, что и отражается в выводах.

Врачом-экспертом оценивается соответствие качества оформления медицинской документации установленным требованиям, его влияние на возможность оценки состояния больного, установление диагноза, выбранную тактику ведения больного, сроки лечения и исход заболевания. Одновременно

дается оценка экспертизе временной нетрудоспособности. Выявленные дефекты обобщаются экспертом в выводах.

Работа заведующего отделением оценивается исходя из влияния установленных в его работе дефектов на своевременную коррекцию при обследовании и лечении больного, на исход заболевания, качество ведения медицинской документации.

Оценка госпитализации учитывает ее обоснованность, своевременность и их влияние на исход заболевания.

Соблюдение прав пациента, предусмотренных "Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан", устанавливается по медицинской документации, где должно быть зафиксировано добровольное информированное согласие гражданина на медицинское вмешательство или отказ от него, эффективное обезболивание при медицинских вмешательствах и др.

Экспертиза качества заканчивается выводами — комплексным заключением эксперта по качеству медицинской помощи, ведению медицинской документации и соблюдению прав пациента. Должны быть обобщены недостатки и ошибки, выявленные при обследовании и лечении, которые повлияли на правильное установление диагноза, тактику ведения больного, сроки лечения и исход заболевания. Указывается, со ссылкой на действующие стандарты (протоколы), монографии, методические рекомендации и принятые нормы ведения больных, какие дополнительные методы диагностики были необходимы для установления диагноза, какое недостающее лечение должно было быть проведено.

Оценка КМП дается в сумме баллов, выставленных экспертом: от 0 до 15 баллов — хорошее качество медицинской помощи; от 16 до 30 баллов — удовлетворительное качество медицинской помощи, 31 балл и более — неудовлетворительное качество медицинской помощи.

Алгоритм проведения ведомственной/вневедомственной экспертизы качества стационарной медицинской помощи. Эксперт во время проведения экспертизы качества медицинской помощи оценивает:

- достаточность и своевременность назначения и проведения диагностических мероприятий;
- правильность и своевременность постановки диагноза;
- адекватность лечебных мероприятий поставленному диагнозу или имевшейся у больного симптоматике;
- соответствие оформления медицинской документации утвержденным нормам и правилам;
- правильность выполнения инструкции о порядке выдачи листка нетрудоспособности в случаях с временной утратой трудоспособности.

Эксперт выявляет дефекты, устанавливает их причины, устно или в письменном виде дает рекомендации лечащим врачам или руководителям организации здравоохранения по устранению и предупреждению выявленных недостатков. Особое внимание эксперт должен уделять выявлению и профилактике возникновения систематических ошибок.

Экспертиза качества медицинской помощи начинается с заполнения паспортной части специально разработанной "Карты экспертной оценки объема и качества стационарной медицинской помощи", которая соответствует паспортной части истории болезни, при этом врач-эксперт оценивает полноту ее заполнения. Оцениваются собранные врачом, принимавшим больного, жалобы, данные анамнеза, объективного статуса, установленный предварительный диагноз, оказанная неотложная помощь и ее соответствие установленному диагнозу. Полученные данные оцениваются исходя из их влияния на последующую тактику ведения больного, установление правильного клинического диагноза, течение и исход заболевания, возникновение предотвратимых осложнений. Эксперт оценивает каждую диагностическую процедуру (лабораторное, инструментальное обследование, консультации специалистов) с точки зрения необходимости и своевременности проведения данной процедуры для установления диагноза, правильности интерпретации ее результатов, необходимости повторных исследований. При установлении неприемлемости сроков выполнения или неправильной интерпретации результатов любой диагностической процедуры эксперт оценивает, как это повлияло на установление диагноза, выбор тактики и сроки лечения, исход заболевания. Также оцениваются своевременность установления, обоснованность и соответствие принятым классификациям заключительного диагноза. В случае неправильно установленного диагноза экспертом должен быть сделан вывод о его влиянии на тактику, сроки лечения и исход заболевания. При этом эксперт должен учитывать наличие объективных возможностей для установления правильного диагноза.

При оценке проведенного консервативного лечения определяются его соответствие установленному диагнозу, правильность и своевременность назначения лекарственных препаратов, их дозировки (суточной и курсовой) и кратности применения. Для этого применяется метод сравнения с действующими стандартами (протоколами) ведения больных и принятыми правилами лечения отдельных нозологических форм. Недостаточность или избыточность лечебных мероприятий оцениваются экспертом с точки зрения их влияния на сроки, затратность лечения и исход заболевания.

Оценка оперативного лечения дается исходя из необходимости и своевременности выполненного оперативного вмешательства, наличия или отсутствия предотвратимых осложнений в ходе проведения операции или после нее. При несвоевременном проведении оперативного вмешательства или возникновении осложнений устанавливаются их причины, а также влияние на сроки лечения и исход заболевания.

Экспертиза анестезиологического пособия включает оценку показаний к консультации анестезиолога перед операцией и адекватности выбранного метода анестезии. Неадекватная анестезия оценивается с учетом ее влияния на проведение оперативного вмешательства и развитие осложнений во время или после него.

Качество оформления медицинской документации оценивается экспертом с точки зрения ее соответствия установленным требованиям. Особое внимание уделяется соответствию качества заполнения медицинской документации тяжести состояния больного, установленному диагнозу, выбранной тактике ведения больного. Одновременно дается оценка выполнению инструкции по экспертизе временной нетрудоспособности. Выявленные дефекты обобщаются экспертом в выводах.

Работа заведующего отделением оценивается исходя из влияния установленных в его работе дефектов на своевременную коррекцию лечебно-диагностической тактики в отношении конкретного больного и ее влияния на исход заболевания.

В целом оценка госпитализации учитывает ее обоснованность, своевременность, длительность стационарного лечения, причины ее увеличения или укорочения по сравнению со средними сроками при данном заболевании и их влияние на исход заболевания.

Эксперт оценивает обоснованность и своевременность выписки из стационара или перевода больного, наличие рекомендаций по дальнейшему ведению больного, влияние проведенных лечебно-диагностических мероприятий на исход заболевания, особенно при неблагоприятном исходе, и отражает заключение в выводах.

Соблюдение прав пациента устанавливается по медицинской документации, где должно быть зафиксировано добровольное информированное согласие гражданина на медицинское вмешательство или отказ от него, эффективное обезболивание при медицинских вмешательствах, разрешение на передачу информации о нахождении гражданина в лечебном учреждении и состоянии его здоровья и др.

Экспертиза качества заканчивается выводами — комплексным заключением эксперта по качеству оказанной медицинской помощи, включающим анализ ведения медицинской документации, правильности и своевременности установления диагноза, назначения и проведения лечебных и диагностических мероприятий, проведения экспертизы временной нетрудоспособности, соблюдения прав пациента. В заключении должны быть обобщены выявленные недостатки и ошибки, которые повлияли на установление диагноза, тактику ведения больного, сроки лечения и исход заболевания. Указывается, со ссылкой на действующие стандарты (протоколы) ведения больных, а при их отсутствии на методические рекомендации, монографии и учебники, какие дополнительные методы диагностики должны были использоваться для установления диагноза, какое недостающее лечение должно было быть проведено.

Оценка качества медицинской помощи дается в сумме баллов, выставленных экспертом: от 0 до 20 баллов — хорошее качество медицинской помощи; от 21 до 40 баллов — удовлетворительное качество медицинской помощи; 41 балл и более — неудовлетворительное качество медицинской помощи.

11.4. Стратегия непрерывного улучшения качества медицинской помощи

Опыт показывает, что улучшение качества медицинской помощи может быть достигнуто различными путями. Уже разработаны некоторые основные принципы и положения, используемые для непрерывного улучшения качества:

- системный подход;
- сосредоточение на нуждах потребителя;
- использование научной методологии;
- понимание концепции вариабельности;
- работа в команде;
- учет в работе психологических факторов;
- роль руководства в улучшении качества.

Иногда термин "процесс оказания медицинской помощи" понимают чрезвычайно узко и ограничивают его клиническими действиями врача. В других областях деятельности пришли к пониманию системы и процесса как сложного и часто междисциплинарного комплекса видов деятельности, в результате использования которого достигается определенный результат. Применяя данное понимание к оказанию медицинской помощи, следует включать в систему управления качеством в орга-

низации здравоохранения врачей, медсестер, технический персонал, администрацию, обслуживающий персонал и необходимое оборудование, которые все вместе участвуют в процессе оказания медицинской помощи.

Весь процесс оказания медицинской помощи можно разбить на ряд этапов. Потребителем же является лицо, которое получает промежуточные или конечные результаты процесса (конечная или промежуточная отдача). Потребителем может быть лицо внешнее по отношению к процессу (пациент; лицо, организация, оплачивающие медицинскую помощь, и т. д.) или внутреннее по отношению к системе (врачи, медсестры, технический персонал и т. д.). На разных этапах процесса (или в разных процессах) одно и то же лицо может выступать в роли как потребителя, так и участника процесса. Учет запросов потребителя и постоянное совершенствование отношений между внутренним и внешним потребителем чрезвычайно важны для улучшения качества. Когда представитель медицинской помощи постоянно стремится понять потребности и нужды потребителя, соответствовать им, процесс проходит с минимальными осложнениями, потерями, затратами и риском.

Приняв решение об улучшении качества процессов, необходимо использовать научную методологию: исследование данных, выявление и анализ проблем, поиск скрытых причин, выдвижение гипотезы, ее проверку, широкое внедрение.

Процесс непрерывного улучшения качества включает следующие этапы: определение того, что следует улучшить; выбор команды, работающей над каждой задачей; мотивация и обучение команды, обеспечение ее работы; "пилотное" исследование результативности изменений; внедрение достигнутого, поддержание работы новых элементов процесса.

Внедрение стратегии непрерывного улучшения качества проводится по следующему алгоритму [Кучеренко В. З., 2001]:

1. *Инициативный "разъяснительный" этап.* Руководство доводит до сотрудников основные принципы деятельности в области непрерывного улучшения качества и обсуждает цели и задачи на конкретных направлениях работы. Руководство осваивает и знакомит сотрудников с вопросами осуществления стратегии непрерывного улучшения качества: выбором целей и задач в области улучшения качества, показателей и систем оценки качества; выявлением и анализом проблем и путей их разрешения; методам и формам контроля.
2. *Этап планирования.* Сотрудники в подразделениях вырабатывают основные предложения по формированию

плана для своих подразделений и индивидуальных планов. Руководство на основании обобщения планов формирует сводный план в области улучшения качества, согласуя его с производственным планом.

3. *Этап организации.* Руководство организации здравоохранения через руководителей подразделений определяет первоочередные проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки и ответственных.
4. *Этап реализации.* Сотрудники организации здравоохранения в соответствии с планами осуществляют деятельность, направленную на разрешение проблемы и ее причин. Руководство осуществляет мониторинг процессов.
5. *Этап контроля.* Руководство подводит итоги и оценивает деятельность по улучшению качества. Констатируется достижение или недостижение поставленной цели. Соответственно выводам определяются последующие планы.

Во многих субъектах Российской Федерации с целью непрерывного улучшения качества медицинской помощи разрабатываются и реализуются соответствующие концепции. В качестве примера приведем основные положения концепции, разработанной в Новгородской области, не останавливаясь на механизмах ее реализации:

- организация службы управления качеством в здравоохранении;
- содействие развитию стандартизации, лицензирования, аккредитации, аттестации и сертификации в системе здравоохранения;
- реализация федеральных и областных целевых медико-социальных программ, направленных на обеспечение получения населением качественной медицинской помощи;
- разработка и утверждение территориальных медицинских стандартов (протоколов) оказания лечебно-диагностической помощи населению;
- переход к использованию в здравоохранении технологий с доказанной эффективностью и безопасностью с учетом экономической эффективности их применения;
- формирование единых подходов и методик экспертизы качества медицинской помощи;
- разработка интегральных показателей оценки качества медицинской помощи для организаций здравоохранения, отдельных служб и системы здравоохранения в целом;
- создание постоянно действующей единой информаци-

онной базы данных и мониторинга результатов экспертизы качества медицинской помощи;

- формирование мотивации, разработка экономических механизмов стимулирования деятельности организаций здравоохранения и медицинских работников по результатам экспертизы качества медицинской помощи;**
- изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи путем проведения социологических исследований.**

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ЛЕКЦИИ XI

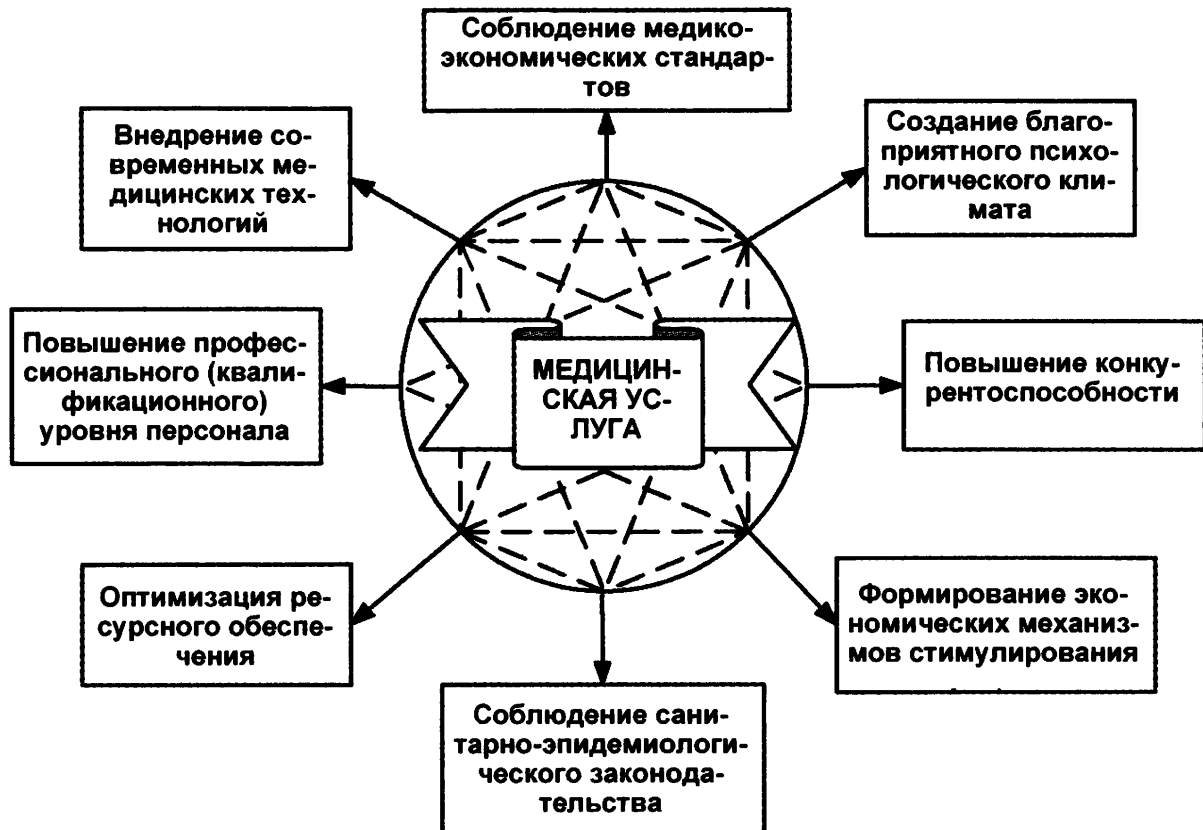


Рис. 11.1. Основные факторы, определяющие качество медицинской помощи

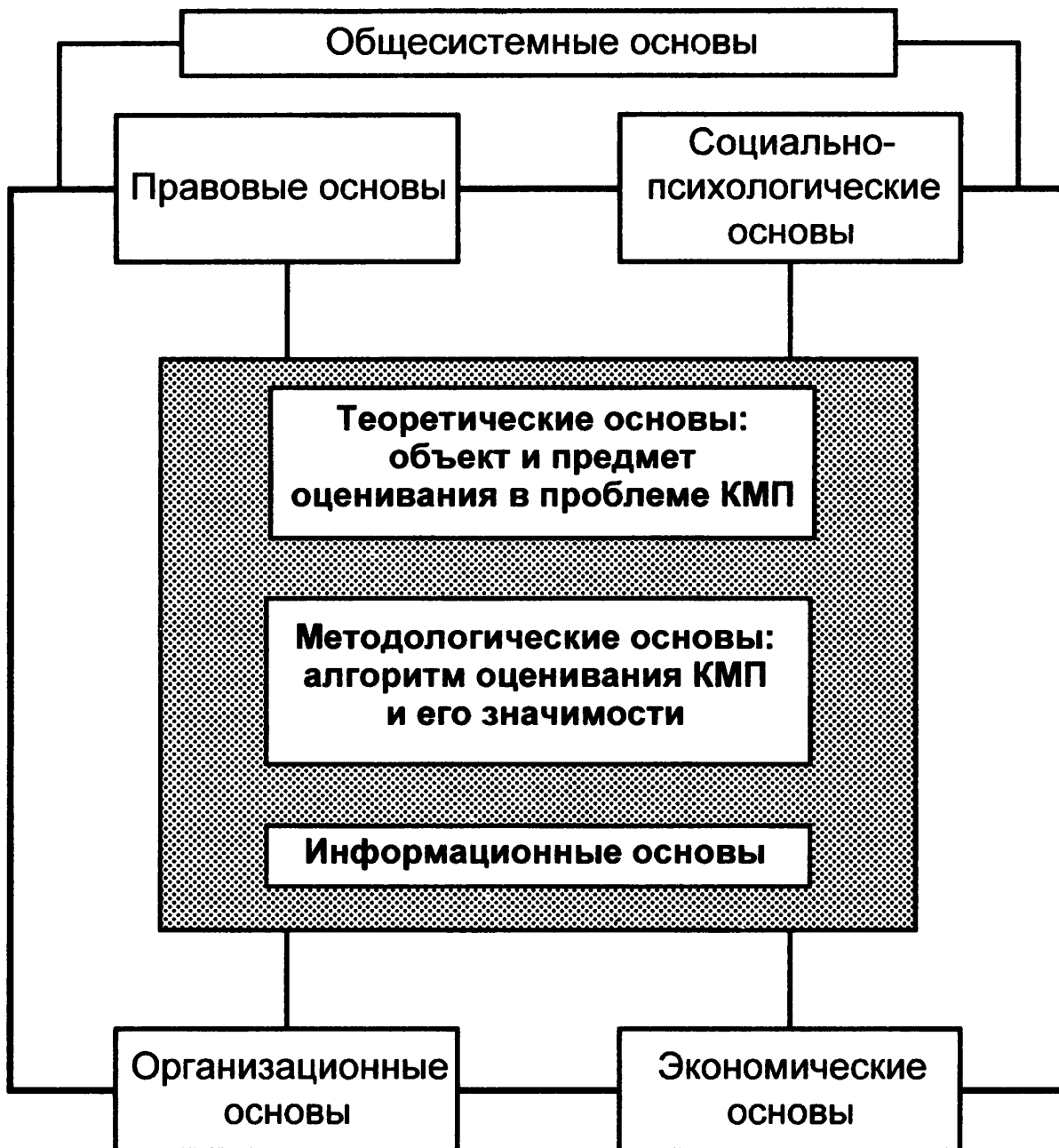
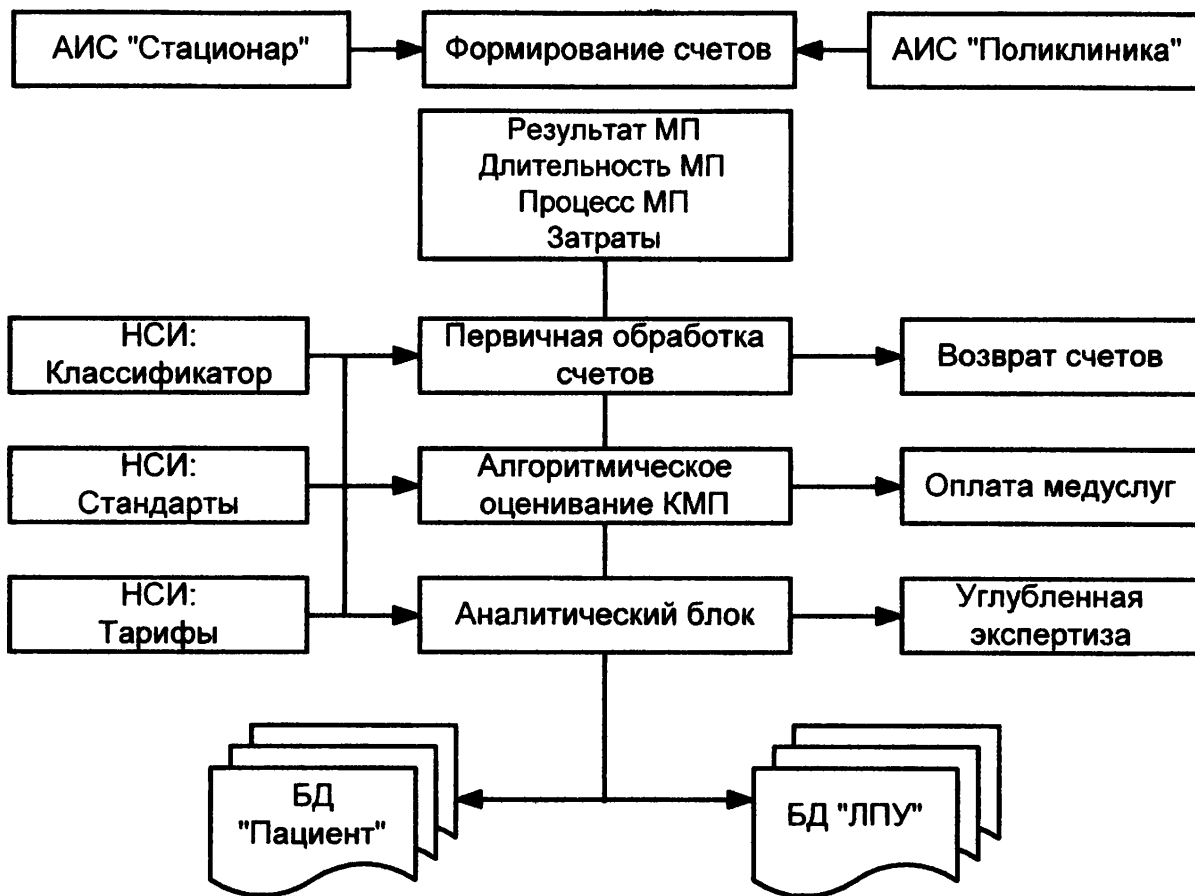


Рис. 11.2. Система управления качеством медицинской помощи (КМП)



АИС – автоматизированная информационная система
 НСИ – нормативно-справочная информация
 БД – база данных
 МП – медицинская помощь

Рис. 11.3. Блок-схема автоматизированной системы управления качеством медицинской помощи (КМП)

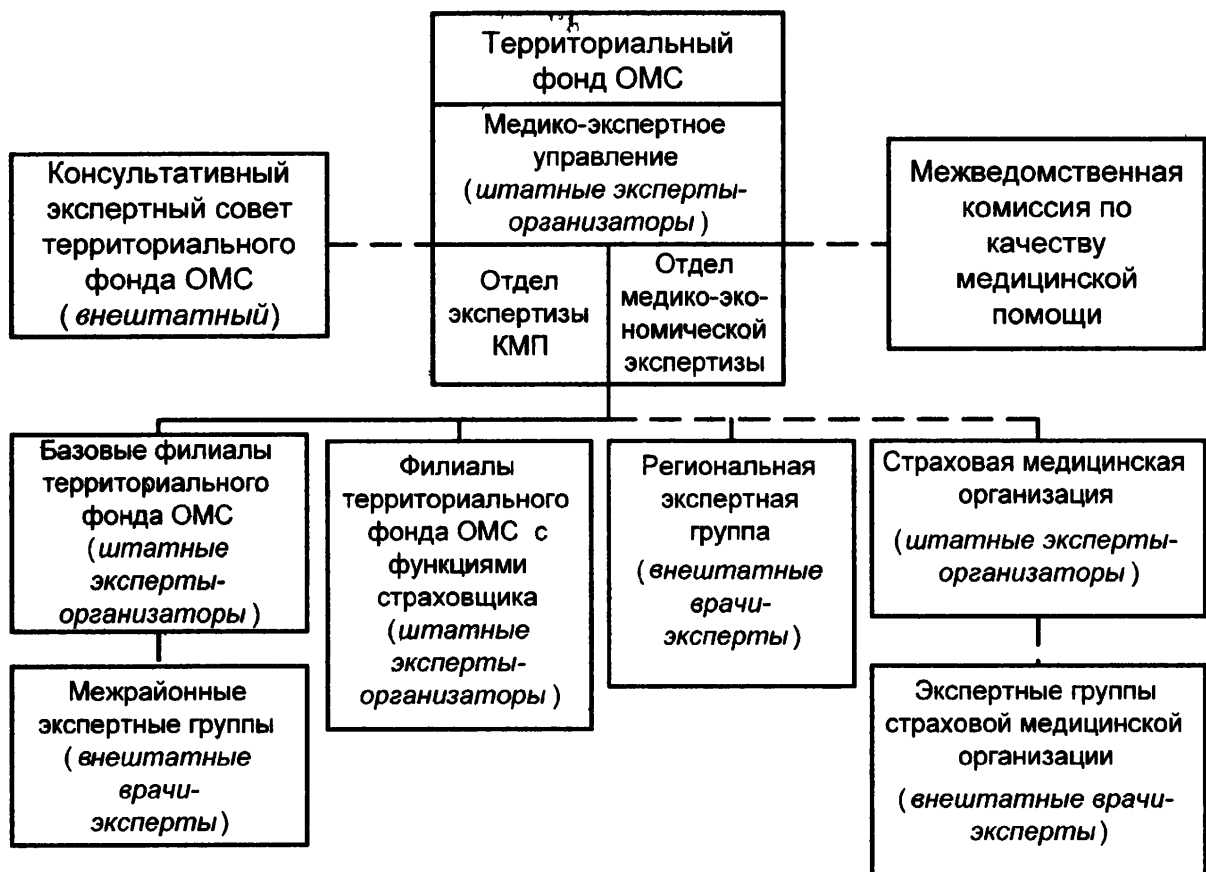


Рис. 11.4. Структура вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи (КМП) в системе ОМС субъекта РФ



Рис. 11.5. Субъекты межведомственной экспертизы качества медицинской помощи

Таблица 11.1. Схема управления качеством медицинской помощи

Дизайн (конструирование) качества	Обеспечение качества	Контроль качества	Непрерывное повышение качества
<ul style="list-style-type: none"> • определение того, кто является потребителем медицинских услуг; • установление нужд потребителей; • определение результата, отвечающего нуждам потребителей; • разработка структуры системы, необходимой для достижения нужного результата; • превращение плана в действия. 	<ul style="list-style-type: none"> • создание соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; • приведение в соответствие с нормативно-правовой базой структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); • создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты и эффективный контроль выполнения медицинских технологий. 	<ul style="list-style-type: none"> • оценка полученного результата; • сравнение достигнутых результатов с поставленными целями и ожиданиями; • принятие корректирующих мер 	<ul style="list-style-type: none"> • определение того, что следует улучшить; • выбор команды, работающей над каждой задачей; • мотивация и обучение команды, обеспечение ее работы; • "пилотное" исследование результативности изменений; • внедрение достигнутого, поддержание работы новых элементов процесса.

Карта экспертной оценки объема и качества оказанной стационарной медицинской помощи

I. Паспортная часть

1. *Наименование учреждения* 2. *Отделение* 3. *История болезни №*
4. *Даты госпитализации с _____ по _____* 5. *Проведено койко-дней*
6. *Ф. И. О. больного*
7. *Пол (муж./жен.)* 8. *Дата рождения*
9. *Страховая медицинская организация, № полиса*
10. *Место работы, должность*
11. *Сведения об инвалидности* 12. *Кем направлен больной*
13. *Доставлен в стационар по экстренным показаниям/планово/*
14. *Диагноз направившего учреждения*
15. *Клинический диагноз*
16. *Дата установления клинического диагноза*
17. *Заключительный диагноз:*

II. Первичный осмотр больного, сбор анамнеза, установление диагноза

1. *Жалобы:*
 - 1.1. — 0 баллов — Собраны в достаточном объеме
 - 1.2. — 1 балл — Собраны недостаточно
 - 1.3. — 2 балла — Не указаны при наличии возможностей
2. *Анамнез заболевания:*
 - 2.1. — 0 баллов — Собран в достаточном объеме
 - 2.2. — 1 балл — Собран недостаточно
 - 2.3. — 2 балла — Не собран при наличии возможностей
3. *Анамнез жизни:*
 - 3.1. — 0 баллов — Собран в достаточном объеме
 - 3.2. — 1 балл — Собран в недостаточном объеме
 - 3.3. — 2 балла — Не собран при наличии показаний и возможностей
4. *Объективный статус:*
 - 4.1. — 0 баллов — Описан достаточно подробно
 - 4.2. — 1 балл — Описан недостаточно
 - 4.3. — 2 балла — Не описан
5. *Предварительный диагноз:*
 - 5.1. — 0 баллов — Установлен правильно
 - 5.2. — 1 балл — Установлен неправильно при наличии возможностей
 - 5.3. — 2 балла — Не установлен
6. *Неотложная помощь:*
 - 6.1. — 0 баллов — Оказана в полном объеме

6.2. — 1 балл — Оказана не в полном объеме

6.3. — 2 балла — Не оказана при наличии показаний

7. План обследования:

7.1 — 0 баллов — Составлен в полном объеме

7.2 — 1 балл — Составлен не в полном объеме

7.3. — 2 балла — Практически отсутствует

8. Лабораторное обследование:

8.1. — 0 баллов — Проведено в полном объеме и своевременно

8.2. — 1 балл — Проведено не в полном объеме или несвоевременно

8.3. — 2 балла — Не проведено при наличии показаний

9. Инструментальное обследование при наличии показаний:

9.1. — 0 баллов — Проведено в полном объеме и своевременно

9.2. — 1 балл — Проведено не в полном объеме или несвоевременно

9.3. — 2 балла — Не проведено при наличии показаний и возможностей

10. Консультации специалистов при наличии показаний проведены:

10.1. — 0 баллов — Полностью и своевременно

10.2. — 1 балл — Частично или несвоевременно

10.3. — 2 балла — Не проведены при наличии показаний

11. Заключительный диагноз установлен:

11.1. — 0 баллов — Правильно и своевременно

11.2. — 1 балл — Отсутствует обоснование диагноза

11.3. — 1 балл — Неправильно или несвоевременно либо не соответствует МКБ-10

11.4. — 2 балла — Не установлен при наличии возможностей

Для умерших: расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов:

11.5 — 2 балла — Есть расхождение (3-й категории)

11.6 — 0 баллов — Нет расхождения или расхождение 1—2-й категории

12. Соответствие проведенного обследования стандартам или принятым технологиям обследования при данном заболевании:

12.1 — 0 баллов — Соответствует

12.2. — 2 балла — Не соответствует

III. Лечебные мероприятия

A. Консервативное лечение

1. Медикаментозное лечение:

1.1. — 0 баллов — Достаточное

- 1.2. — 1 балл — Недостаточное или излишнее
2. **Физиотерапевтическое лечение:**
 - 2.1. — 0 баллов — Достаточное или не показано
 - 2.2. — 1 балл — Недостаточное или излишнее
3. **Инструментальное лечение:**
 - 3.1. — 0 баллов — Достаточное или не показано
 - 3.2. — 1 балл — Недостаточное или излишнее
4. **Лечебная гимнастика, массаж:**
 - 4.1. — 0 баллов — Достаточные или не показаны
 - 4.2. — 1 балл — Недостаточное или излишнее
5. **Адекватность консервативного лечения диагнозу (соответствие стандартам или принятым технологиям лечения):**
 - 5.1. — 0 баллов — Адекватно
 - 5.2. — 2 балла — Неадекватно
- В. Оперативное лечение**
 1. **Срок предоперационного обследования в днях**__
 2. **Сроки предоперационного пребывания:**
 - 2.1. — 0 баллов — Соответствуют стандарту или обоснованно завышены
 - 2.2. — 1 балл — Необоснованно завышены
 3. **Сроки послеоперационного пребывания:**
 - 3.1. — 0 баллов — Соответствуют стандарту или обоснованно завышены (занижены)
 - 3.2. — 1 балл — Необоснованно завышены (занижены)
 4. **Операция проведена:**
 - 4.1. — 0 баллов — По показаниям и своевременно
 - 4.2. — 1 балл — Без показаний
 - 4.3. — 1 балл — Несвоевременно
 - 4.4. — 2 балла — Показана, но не проведена
 5. **Несвоевременность хирургического вмешательства вызвана:**
 - 5.1. — 0 баллов — Наличием противопоказаний к оперативному лечению
 - 5.2. — 2 балла — Врачебной ошибкой
 - 5.3. — 1 балл — Технической причиной
 - 5.4. — 0 баллов — Отказом пациента от операции
 6. **Предотвратимые осложнения в ходе операции, существенно удлинившие сроки и стоимость лечения, вызваны:**
 - 6.1. — 0 баллов — Не было
 - 6.2. — 0 баллов — Техническими трудностями
 - 6.3. — 2 балла — Ошибками медицинского персонала
 - 6.4. — 0 баллов — Состоянием здоровья пациента
 7. **Предотвратимые осложнения после операции, существенно удлинившие сроки и стоимость лечения, вызваны:**
 - 7.1. — 0 баллов — Не было или вызваны состоянием здоровья пациента

- 7.2. — 2 балла — Неправильно выполненной операцией
- 7.3. — 2 балла — Неправильно выбранной тактикой после-операционного лечения
- 7.4. — 1 балл — Дефектами ухода за больным
- 7.5. — 1 балл — Преждевременной выпиской по инициативе врач

С. Оценка анестезиологического пособия

1. Консультация анестезиолога перед операцией:

- 1.1. — 0 баллов — Проведена или не показана
- 1.2. — 1 балл — Показана, но не проведена

2. Метод анестезии выбран адекватно:

- 2.1. — 0 баллов — Да
- 2.2. — 2 балла — Нет

3. Описание операции:

- 3.1. — 0 баллов — соответствует требованиям
- 3.2. — 1 балл — Не соответствует требованиям

IV. Качество оформления медицинской документации

1. Проводился постоянный контроль состояния больного:

- 1.1. — 0 баллов — Да
- 1.2. — 2 балла — Нет
- 1.3. — 1 балл — Частично

2. Качество ведения медицинской документации:

- 2.1. — 0 баллов — Соответствует установленным требованиям
- 2.2. — 1 балл — за каждое нарушение утвержденных правил оформления медицинской документации

3. Оценка экспертизы временной нетрудоспособности:

- 3.1. — 0 баллов — Дефектов экспертизы временной нетрудоспособности нет
- 3.2. — 2 балла — Необоснованны выдача и продление листка временной нетрудоспособности
- 3.3 — По 1 баллу за каждое нарушение выполнения пунктов инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан

V. Оценка работы заведующего отделением

1. Замечания по работе заведующего отделением:

- 1.1. — 0 баллов — Нет
- 1.2. — 1 балл — Есть

2. Замечания:

- 2.1. — 1 балл — Несвоевременность первичного осмотра
- 2.2. — 1 балл — Не осмотрен заведующим отделением
- 2.3. — 1 балл — Не соблюдается кратность обходов заведующим отделением
- 2.4. — 1 балл — Отсутствуют коррективы на диагностическом и лечебном этапах

2.5. — 1 балл — Отсутствует контроль ведения медицинской документации

VI. Выписка из стационара

1. Выписка (перевод) больного:

1.1. — 0 баллов — Обоснованна и своевременна

1.2. — 1 балл — Не обоснованна или не своевременна

2. Исход заболевания:

2.1. — 0 баллов — Выздоровление или улучшение

2.2. — 1 балл — Предотвратимое ухудшение

2.3. — 4 балла — Предотвратимый летальный исход

VII. Госпитализация и срок пребывания в стационаре

1. Госпитализация:

1.1. — 0 баллов — Обоснованна и своевременна

1.2. — 1 балл — Не показана или не своевременна

2. Срок пребывания в стационаре:

2.1. — 0 баллов — Соответствует диагнозу и тяжести состояния

2.2. — 1 балл — Необоснованно завышен или укорочен

Причина увеличения или укорочения срока пребывания в стационаре:

2.3. — 0 баллов — Особенности течения заболевания у данного больного

2.4. — 0 баллов — Наличие сопутствующей патологии

2.5. — 1 балл — Возникновение предотвратимых осложнений

2.6. — 1 балл — Недостаточная оперативность в обследовании и лечении больного

2.7. — 2 балла — Неадекватное обследование и лечение

2.8. — 0 баллов — Инициатива пациента

VIII. Соблюдение прав пациента

1. Нарушение прав пациента:

1.1. — 0 баллов — Не имеется

1.2. — 2 балла — Имеется

IX. Выводы

1. *По качеству медицинской помощи (обследование, необходимые консультации, лечение, влияние на исход заболевания и сроки лечения).*

2. *По ведению медицинской документации (соответствие установленным требованиям, влияние на оценку состояния больного).*

3. *По соблюдению прав пациента, предусмотренных Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан.*

Ф. И. О. внештатного врача-эксперта

Ученая степень, категория, должность, место работы

Дата проведения экспертизы

Карта экспертной оценки объема и качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

I. Паспортная часть

1. *Наименование учреждения* 2. *№ участка*
3. *Лечащий врач (Ф. И. О., специальность)*
4. *Даты обращения за медицинской помощью с _____*
по _____ всего _____ дней
5. *Ф. И. О. больного*
6. *Пол (муж./жен.)* 7. *Дата рождения*
8. *Страховая медицинская организация, № полиса*
9. *Место работы, должность*
10. *Сведения об инвалидности*
11. *Заключительный диагноз:*

II. Оценка диагностических мероприятий при первичном обращении

1. **Жалобы:**
 - 1.1. — 0 баллов — Собраны в достаточном объеме
 - 1.2. — 1 балл — Собраны недостаточно при наличии возможностей
 - 1.3. — 2 балла — Не указаны
2. **Анамнез заболевания:**
 - 2.1. — 0 баллов — Собран в достаточном объеме
 - 2.2. — 1 балл — Собран в недостаточном объеме при наличии возможностей
3. **Анамнез жизни:**
 - 3.1. — 0 баллов — Имеется в амбулаторной карте
 - 3.2. — 1 балл — Отсутствует в амбулаторной карте
4. **Объективный статус (локальный статус):**
 - 4.1. — 0 баллов — Описан полностью
 - 4.2. — 1 балл — Описан не полностью
 - 4.3. — 2 балла — Не описан
5. **Первичный диагноз:**
 - 5.1. — 0 баллов — Установлен правильно
 - 5.2. — 2 балла — Установлен неправильно при наличии возможностей
 - 5.3. — 2 балла — Не установлен
6. **Неотложная помощь при наличии показаний:**
 - 6.1. — 0 баллов — Оказана в полном объеме
 - 6.2. — 1 балл — Оказана не в полном объеме
 - 6.3. — 2 балла — Не оказана
7. **План обследования:**
 - 7.1. — 0 баллов — Дополнительное обследование не требовалось
 - 7.2. — 0 баллов — Составлен в полном объеме

7.3. — 1 балл — Составлен не в полном объеме

7.4. — 2 балла — Практически отсутствует

8. Лабораторное обследование:

8.1. — 0 баллов — Проведено в полном объеме и своевременно или не требовалось

8.2. — 1 балл — Проведено не в полном объеме или несвоевременно при наличии возможностей

8.3. — 2 балла — Не проведено при наличии показаний

9. Инструментальное обследование:

9.1. — 0 баллов — Проведено в полном объеме и своевременно или не требовалось

9.2. — 1 балл — Проведено не в полном объеме или несвоевременно при наличии возможностей

9.3. — 2 балла — Не проведено при наличии показаний и возможностей

10. Необходимые консультации специалистов проведены:

10.1. — 0 баллов — Полностью и своевременно или не требовались

10.2. — 1 балл — Частично или несвоевременно при наличии возможностей

10.3. — 2 балла — Не проведены при наличии показаний

11. Уточненный диагноз установлен:

11.1. — 0 баллов — Правильно и своевременно

11.2. — Неправильно, несвоевременно, не соответствует МКБ-10, не обоснован — по 1 баллу за каждое нарушение

11.3. — 2 балла — Не установлен при наличии возможностей

III. Лечебные мероприятия

A. Консервативное лечение.

1. Медикаментозное лечение:

1.1. — 0 баллов — Достаточное или не показано

1.2. — 1 балл — Недостаточное или излишнее

2. Физиотерапевтическое лечение:

2.1. — 0 баллов — Достаточное или не показано

2.2. — 1 балл — Недостаточное и излишнее

3. Лечебная гимнастика, массаж:

3.1. — 0 баллов — Достаточные или не показаны

3.2. — 1 балл — Недостаточные

4. Адекватность консервативного лечения диагнозу (соответствие стандартам или принятым технологиям лечения):

4.1. — 0 баллов — Адекватно

4.2. — 2 балла — Неадекватно

B. Оперативное лечение в амбулаторных условиях

1. Срок предоперационного обследования в днях _____

2. Предоперационное обследование проведено:

2.1. — 0 баллов — В полном объеме

- 2.2. — 1 балл — Не в полном объеме
- 2.3. — 2 балла — Не проведено при наличии показаний
- 3. Сроки послеоперационного наблюдения:**
- 3.1. — 0 баллов — Соответствуют стандарту или обоснованно завышены (занижены)
- 3.2. — 1 балл — Необоснованно завышены (занижены)
- 4. Проведение оперативного вмешательства:**
- 4.1. — 0 баллов — Показано и своевременно
- 4.2. — 2 балла — Не показано, но проведено
- 4.3. — 2 балла — Показано, но не проведено
- 4.4. — 1 балл — Проведено несвоевременно
- 5. Предотвратимые осложнения в ходе операции:**
- 5.1. — 1 балл — Были
- 5.2. — 0 баллов — Не было
- 6. Предотвратимые осложнения после операции, существенно удлинившие сроки и стоимость лечения:**
- 6.1. — 1 балл — Были
- 6.2. — 0 баллов — Не было
- 7. Осложнения после операции вызваны:**
- 7.1. — 2 балла — Неправильно выполненной операцией
- 7.2. — 2 балла — Неправильно выбранной тактикой послеоперационного лечения
- 7.3. — 0 баллов — Нарушениями пациентом предписаний врача или состоянием здоровья пациента
- 7.4. — 2 балла — Преждевременной выпиской по инициативе врача
- С. Оценка анестезиологического пособия**
- 1. Метод анестезии выбран адекватно:**
- 1.1. — 0 баллов — Да
- 1.2. — 2 балла — Нет
- 2. Описание анестезии и операции:**
- 2.1. — 0 баллов — Полное
- 2.2. — 1 балл — Неполное
- 2.3. — 2 балла — Отсутствует
- IV. Исход заболевания**
- 1. Исход заболевания:**
- 1.1. — 0 баллов — Выздоровление, улучшение или направление в стационар по показаниям
- 1.2. — 2 балла — Предотвратимое ухудшение
- 1.3. — 3 балла — Предотвратимый летальный исход
- 1.4. — 2 балла — отсутствуют рекомендации по дальнейшему ведению
- V. Качество оформления медицинской документации**
- 1. Проводились регулярные осмотры больного в течение заболевания**

1.1. — 0 баллов — Да

1.2. — 1 балл — Не в полном объеме

1.3. — 2 балла — Нет

2. Качество ведения медицинской документации:

2.1. — 0 баллов — Соответствует установленным требованиям

2.2. — 1 балл — Не соответствует установленным требованиям

3. Обнаруженные дефекты:

3.1. — 1 балл — Отсутствует лист уточненных диагнозов

3.2. — 1 балл — Записи об амбулаторных посещениях малоинформативны или отсутствуют

3.3. — 1 балл — Отсутствует запись о лечебных назначениях

3.4. — 1 балл — Нет этапных эпикризов при длительно текущих заболеваниях и у диспансерных больных

3.5. — 1 балл — Отсутствуют выписки из истории болезни или их копии (в случае госпитализации)

3.6. — 1 балл — Отсутствуют результаты лабораторных и инструментальных обследований

4. Оценка экспертизы временной нетрудоспособности:

4.1. — 0 баллов — Дефектов экспертизы временной нетрудоспособности нет

4.2. — 2 балла — Необоснованна выдача и продление листка временной нетрудоспособности

4.3. — По 1 баллу за каждое нарушение выполнения пунктов инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан

VI. Оценка работы заведующего отделением

1. Замечания по работе заведующего отделением:

1.1. — 0 баллов — Нет

1.2. — 1 балл — Есть

2. Замечания:

2.1. — 1 балл — Отсутствует контроль лечебного процесса со стороны заведующего отделением при наличии показаний (длительные сроки лечения, тяжесть состояния больного, неясный диагноз и др.)

2.2. — 1 балл — Отсутствуют коррективы диагностики и лечения при наличии показаний

2.3. — 1 балл — Отсутствует контроль ведения медицинской документации

VII. Госпитализация

1. Госпитализация:

1.1. — 0 баллов — Показана и своевременна

1.2. — 1 балл — Не показана

1.3. — 1 балл — Не своевременна

VIII. Соблюдение прав пациента

1. Нарушение прав пациента:

1.1. — 2 балла — Имеется

1.2. — 0 баллов — Не имеется

IX. Выводы

1. *По качеству медицинской помощи (обследование, необходимые консультации, лечение, влияние на исход заболевания и сроки лечения).*

2. *По ведению медицинской документации (соответствие установленным требованиям, влияние на оценку состояния больного).*

3. *По соблюдению прав пациента, предусмотренных Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан.*

Ф. И. О. внештатного врача-эксперта

Ученая степень, категория, должность, место работы

Дата проведения экспертизы

МЕТОДИКА проведения первичной медико-экономической экспертизы поименных реестров пролеченных больных

№ п/п	Вид проверки	Комментарий результата проверки	Выводится в диагностическую*	Исключается из объемов
1.	Проверка соответствия профиля патологии профилю медицинской помощи, предоставляемой по Программе ОМС	Профиль патологии не ОМС	Да	Да
2.	Выявление случаев стационарного лечения с количеством койко-дней больше 365	Неверное число койко-дней	Да	Да
3.	Проверка соответствия количества посещений количеству дней лечения	Неверное число посещений	Да	Да
4.	Сверка поименных реестров с базой данных застрахованных в СМО	Не застрахован в СМО	Да	Да
5.	Проверка соответствия между датами рождения, обращения и выписки	Неверна дата рождения, дата выписки или дата обращения	Да	Да
6.	Выявление двух и более идентичных записей в реестре	Совпадающие записи	Да	Да
7.	Проверка наличия лицензии на данный вид медицинской помощи	Отсутствует лицензия	Да	Да
8.	Проверка соответствия кода заболевания по МКБ-10 территориальной программе ОМС	Данный диагноз не должен присутствовать с профилем патологии по ОМС	Да	Нет
9.	Проверка соответствия заключительного основного диагноза МКБ-10	Диагноз заключительный основной отсутствует в МКБ-10	Да	Нет
10.	Проверка соответствия заключительного основного диагноза реквизиту "пол"	Диагноз заключительный основной не соответствует реквизиту "пол"	Да	Нет
11.	Проверка заполнения поля "Диагноз заключительный основной"	Диагноз заключительный основной отсутствует	Да	Нет
12.	Проверка одновременного получения амбулаторной помощи в период стационарного лечения	Одновременно 2 вида медицинской помощи	Да	Нет
13.	Проверка укороченных и удлиненных сроков лечения	Подозрительное число койко-дней	Да	Нет

* Результаты диагностики поименных реестров направляются в организации здравоохранения. В случае несогласия с результатами первичной медико-экономической экспертизы организация здравоохранения должна в сроки, предусмотренные для предоставления счета и поименного реестра за следующий месяц, официально представить необходимые доказательства.

Перечень дефектов при оказании медицинской помощи и размеры применяемых экономических санкций

Код экономиче-ских санкций	Наименование дефектов	Размер экономических санкций
1.	Отсутствие без уважительных причин медицинской документации, подтверждающей оказание услуги, или непредоставление документации в случае проведения экспертизы качества медицинской помощи	100 % стоимости медицинских услуг
2.	Дефекты оформления медицинской документации, влияющие на оценку состояния, лечения и стоимости лечения или препятствующие проведению экспертизы объема и качества медицинской помощи	10 % стоимости медицинских услуг
3.	Нарушение санитарно-эпидемического режима, повлекшее ухудшение состояния больного	50 % стоимости медицинских услуг
4.	Нарушение санитарно-эпидемического режима, повлекшее возникновение нового заболевания	100 % стоимости медицинских услуг
5.	Необоснованный отказ в госпитализации, невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых (обусловленных состоянием пациента или директивными документами) диагностических, консультативных и лечебных мероприятий, выполнение непоказанных мероприятий, а также преждевременное прекращение проведения лечебных мероприятий, не повлиявшее на состояние пациента	30 % стоимости медицинских услуг
6.	То же, неблагоприятно повлиявшее на состояние пациента, течение заболевания, сроки и стоимость лечения (развитие осложнений или возникновение нового заболевания, удлинение сроков лечения, повторная госпитализация по поводу того же заболевания)	50 % стоимости медицинских услуг
7.	То же, повлекшее инвалидизацию пациента	75 % стоимости медицинских услуг
8.	То же, повлекшее смерть пациента	100 % стоимости медицинских услуг

Код эконо- миче- ских санкций	Наименование дефектов	Размер эконо- мических санкций
9.	Отсутствие развернутого клинического диагно- за в установленные сроки, несоответствие диагноза современным классификациям по МКБ-10, отсутствие обоснования диагноза	10 % стои- мости меди- цинских ус- луг
10.	Необоснованная госпитализация (в дневной или круглосуточный стационар)	3-кратный размер стои- мости меди- цинских ус- луг
11.	Повторное включение в счета на оплату ме- дицинской помощи и поименный реестр од- ной и той же медицинской услуги	2-кратный размер сум- мы завыше- ния
12.	Включение в счета на оплату медицинской помощи и поименный реестр медицинских услуг, не входящих в территориальную про- грамму ОМС или относящихся к платным услугам	2-кратный размер сум- мы завыше- ния
13.	Включение в счета на оплату медицинской помощи и поименный реестр неоказанных медицинских услуг	2-кратный размер сум- мы завыше- ния
14.	Включение в счета на оплату медицинской помощи и поименный реестр медицинских услуг, оплаченных пациентом	2-кратный размер сум- мы завыше- ния
15.	Ограничение доступности медицинских ус- луг для пациентов путем необоснованного отказа медицинского учреждения в предос- тавлении застрахованному бесплатных меди- цинских услуг, предусмотренных програм- мой ОМС, и(или) взимание платы с застра- хованного за медицинские услуги, преду- смотренные программой ОМС	20 мини- мальных размеров оп- латы труда
16.	Нарушение медицинской этики и деонтоло- гии	20 мини- мальных размеров оп- латы труда
17.	Необоснованный отказ в выдаче листка не- трудоспособности или нарушение порядка его выдачи и оформления	50 % стои- мости меди- цинских ус- луг
18.	Пропущенные (запущенные) по заключению профильных диспансеров случаи онко-, вен- заболеваний, туберкулеза по вине работни- ков организации здравоохранения	100 % стои- мости меди- цинских ус- луг

Код эконо- миче- ских санкций	Наименование дефектов	Размер эконо- мических санкций
19.	Нарушение в отношении застрахованного Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, не повлиявшее на состояние пациента	2-кратный минималь- ный размер оплаты труда
20.	Нарушение в отношении застрахованного Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, повлиявшее на состояние пациента	20-кратный минималь- ный размер оплаты труда

ГЛОССАРИЙ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ К КУРСУ ЛЕКЦИЙ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Авторитарный стиль — методы и формы руководства, при которых руководитель в принятии решений всегда ориентируется на собственные цели, критерии и интересы, централизацию управления, практически не советуется с трудовым коллективом, ограничивается узким кругом единомышленников, активно используя методы административного и психологического воздействия на людей.

Авторитет руководителя — это концентрированное отражение в решениях руководителя и в сознании подчиненных убеждающего потенциала его личности.

Адаптация (adaptation) — активные усилия индивидов в течение жизни достичь согласия с окружающей средой с целью выживания, развития и воспроизводства, двусторонний процесс взаимодействия между индивидуумом и окружающей средой, часто стремящийся к изменению окружающей среды или к своему изменению под воздействием среды.

Административное руководство (administration) — планирование, программирование и оценка деятельности учреждений, главным образом государственных.

Аккредитация медицинских учреждений — определение соответствия медицинских учреждений установленным профессиональным стандартам.

Акселерация (от латинского *acceleratio* — ускорение) — ускорение роста и развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями.

Алкоголизм — хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологической (вне ремиссии) потребностью организма человека в алкоголе.

Альтернативные формы стационарной помощи — стационарозамещающие формы организации медицинской помощи, при которых пациент, не занимая больничную койку, получает адекватное стационарному обслуживание; они включают дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др.

Амбулатория — лечебно-профилактическое учреждение, которое отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности и обеспечивает прием по одной или небольшому числу специальностей (терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии).

Амбулаторно-поликлиническая помощь — профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь, оказываемая амбулаторно-поликлиническими учреждениями (включая общую/семейную практику) в установленных объемах.

Анализ выгодности затрат (cost-benefit analysis) — метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат и выгоды, представленных в денежном выражении.

Анализ дожития (survival analysis, time-to-event analysis) — статистический метод анализа времени, прошедшего от заданного начального момента до момента наступления определенного исхода (обычно — смерти).

Анализ жизненного пути (life course analysis) — метод, с помощью которого прослеживается опыт отношений одних и тех же лиц (и/или когорты лиц) на протяжении всего жизненного пути.

Анализ минимизации затрат (cost-minimization analysis) — метод сравнительного исследования затрат, при котором проводится анализ двух или более видов лечения, которые, как предварительно полагают, могут привести к аналогичным результатам, так что единственным различительным фактором являются экономические затраты.

Анализ полезности затрат (cost-utility analysis) — метод сравнительной оценки эффективности альтернативных решений, основанный на сопоставлении затрат в денежном выражении и пользы для населения в единицах его благополучия (например, в единицах QALY — годы жизни с поправкой на качество жизни).

Анализ принятия решений (decision analysis) — статистический подход к принятию решений, осуществляемый путем сопоставления альтернатив с учетом затрат и последствий для больного в заданных условиях.

Анализ результативности затрат (cost-effectiveness analysis) — метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат в денежном выражении и результатов изменений в здоровье в количественном, но не в денежном выражении (например, в числе спасенных жизней или количестве дней без заболеваний).

Анализ риска для здоровья (health risk appraisal) — метод сбора, анализа и сравнения прогнозируемых параметров со-

стояния здоровья отдельного лица с параметрами стандартной возрастной группы, что позволяет предсказать вероятность того, что у этого лица может преждевременно проявиться какая-либо проблема со здоровьем, связанная с высоким уровнем заболеваемости и смертности в группе.

Анализ стоимости (cost analysis) — метод оценки затрат ресурсов в денежном эквиваленте.

Анализ чувствительности (sensitivity analysis) — метод, используемый в мета-анализе, фармакоэкономике и анализе принятия решений для оценки влияния различных параметров на конечный результат. Анализ *наилучший вариант/наихудший вариант* (best case / worst case analysis) представляет собой специальный вид анализа чувствительности.

Аналитическая эпидемиология — применение методов ретроспективного и проспективного исследования гипотез, сформулированных для объяснения результатов проведенных наблюдений.

Аналитический учет — учет, который ведется в лицевых, материальных и иных аналитических счетах бухгалтерского учета группирующих детальную информацию об имуществе, обязательствах и о хозяйственных операциях внутри каждого синтетического счета.

Аппарат управления — коллектив управляющей системы, наделенный правами координации деятельности подразделений, имеющий помещение, технические средства, штатное расписание, положение о структурных подразделениях и должностные инструкции.

Аудит — изучение деятельности учреждения или организации с целью установления ее соответствия определенным стандартам или критериям.

Базисное медицинское обслуживание (basic health services) — научно обоснованный перечень услуг, которые являются обязательными для предоставления каждой группе пациентов

Баланс здоровья — выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Безопасные условия для человека — состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;

Бесплодие — неспособность лиц детородного возраста к воспроизводству потомства.

Бета-ошибка (β -error), или ошибка II рода (type II error) — вероятность ошибочного принятия нулевой гипотезы (в клинических исследованиях — вероятность того, что оба лечения

будут считаться одинаково эффективными, когда в действительности одно лечение лучше, чем другое).

Биостатистика — совокупность математических методов и приемов, используемых в биологии и медицине.

Биоэтика — наука о законах, принципах и правилах регулирования профессиональной деятельности при решении проблем, связанных с охраной здоровья, медициной и медицинской наукой.

Благоприятные условия жизнедеятельности человека — состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

Благосостояние (welfare) — состояние физического здоровья, эмоционального комфорта и экономической безопасности, а также усилия общества по оказанию помощи своим гражданам в достижении этого состояния.

Благосостояние — мера обеспеченности людей жизненными благами, средствами существования.

Болезнь — общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом адаптационных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности.

Брэндинг — деятельность по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанная на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений, материалов "сейлз промоушн" и других элементов рекламы, объединенных определенной идеей и однотипным оформлением, выделяющих товар среди конкурентов и создающих его образ.

Бухгалтерский баланс — документ бухгалтерского учета, который в обобщенном денежном выражении дает представление о финансовом состоянии дел учреждения здравоохранения на определенную дату.

Бухгалтерский документ — письменное свидетельство, которое подтверждает факт совершения хозяйственных операций, право на их совершение или устанавливает материальную ответственность работников за доверенные им ценности.

Бухгалтерский учет — упорядоченная система сбора, регистрации и обобщения информации в денежном выражении об имуществе, обязательствах организаций и их движении путем сплошного, непрерывного и документального учета всех хозяйственных операций.

Бюджетная классификация — группировка доходов и рас-

ходов бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, а также источников финансирования дефицитов этих бюджетов. Используется для составления и исполнения бюджетов и обеспечивает сопоставимость показателей бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации.

Бюджетное учреждение — организация, созданная органами государственной власти РФ, органами субъектов РФ, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических и иных функций некоммерческого характера, финансируемая из государственного бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов.

Бюджетный контроль (budgetary control) — средство контроля деятельности предприятия с помощью тщательного учета каждого мероприятия и перевода оценок в денежные выражения.

Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) — первичное звено в системе учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы, устанавливающее степень социальной недостаточности лиц, имеющих нарушение здоровья со стойким расстройством функций и ограничением жизнедеятельности, и определяющее меры их социальной защиты.

Валеология — наука о здоровье, рассматривающая предупреждение заболеваемости и инвалидности в качестве основы повышения потенциала здоровья популяции.

Валидность — свойство опросника, означающее степень, с которой измерение отражает то, что оно должно измерить, а не что-либо другое.

Вариационный ряд — числовые значения признака, представленные в ранговом порядке, с соответствующими этим значениям частотами

Ведомственная экспертиза (internal expertise) — экспертиза, проводимая силами и в пределах ведомства.

Вероятностная выборка (probability sample) — выборка, возможность попадания в которую для каждой единицы наблюдения определяется случайными факторами.

Власть — способность, возможность и право оказывать воздействие на деятельность, поведение коллективов и отдельных индивидуумов, с помощью различных средств — воли, авторитета, права, принуждения, насилия, системы государственных институтов и органов.

Вневедомственная экспертиза (non department expertise) — экспертиза, организуемая силами учреждений и организаций, не входящих в ведомственное здравоохранение.

Возраст хронологический календарный (chronological age) —

возраст, измеряемый числом прожитых лет, обычно выражаемый как возраст к последнему дню рождения.

Возраст пенсионный (retirement age) — самый ранний возраст после периода профессиональной деятельности, когда становится возможной выплата полной пенсии по старости (возрасту).

Возраста классификация (возрастная периодизация, возрастная группировка) (age classification, age periodization, age grouping) — распределение людей по возрастным группам, дифференцированным по каким-либо сходным (однородным) социально-экономическим, демографическим или биологическим характеристикам.

Возрастная структура (age structure) — распределение в процентном соотношении групп различных возрастов среди всего населения.

Воспроизводство населения (естественное движение) — изменение численности, состава и размещения населения, обусловленное рождениями и смертями.

Врач общей практики (general practitioner) —

- специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению;
- лицензированный выпускник медицинского вуза, который обеспечивает индивидуальное первичное и непрерывное медицинское обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от пола, возраста и вида заболевания.

Врачебная тайна — не подлежащая разглашению информация, полученная врачом в процессе оказания медицинской помощи пациенту (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

Врачебно-трудовая экспертиза — область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и др.).

Вредные привычки — отрицательные стереотипы поведения человека, вызванные неготовностью адекватным образом

справиться с постоянным стрессом, к ним относятся алкоголизм, табакокурение, переизбыток и др.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение ООН, крупнейшая международная медицинская организация, целью деятельности которой является достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья

Всеобъемлющее управление качеством (total quality management — TQM) — постоянно действующая система управления улучшением качества, направляемая сверху, но предоставляющая оптимальные возможности сотрудникам и нацеленная на решение проблем сотрудников, но не индивидуально, а на уровне системы.

Выборочная совокупность, выборка (sample) — отобранная для исследования репрезентативная часть генеральной совокупности, предназначенная для характеристики всей генеральной совокупности.

Генеральная статистическая совокупность — группа, состоящая из всех без исключения относительно однородных элементов, подлежащих изучению в соответствии с поставленной целью.

Гигиенический норматив — установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и(или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и(или) безвредности для человека.

Гиподинамия — недостаточная физическая активность.

Год жизни с поправкой на качество жизни (QALY — quality adjusted life year) — единица измерения, отражающая как качество, так и продолжительность жизни, в том числе обеспеченные в результате осуществления здравоохранительных программ.

Год жизни с поправкой на нетрудоспособность (DALY — disability adjusted life year) — единица, используемая для измерения глобального бремени болезней и эффективности медицинских вмешательств, направленных на сокращение заболеваемости и ее последствий.

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба РФ — единая федеральная централизованная система органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ.

Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы — нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и(или) безвредности факторов среды оби-

тания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор — деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья и среды обитания.

Государственный сектор здравоохранения — система органов исполнительной власти и подчиненных им организаций, уполномоченных от имени государства планировать и осуществлять меры по реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Готовность к оплате (willingness to pay) — готовность пациента (группы лиц, предприятия) потратить определенные финансовые средства для получения медицинской помощи или приобретения здоровья.

Группа риска (risk population) — группа лиц, у которых вероятность появления отклонений жизнедеятельности или определенных заболеваний в связи с воздействием различных факторов выше, чем у других групп населения.

Группа социальная — относительно устойчивая совокупность людей, объединенных общностью интересов, а также культур, ценностей и норм поведения, находящихся в более или менее систематическом взаимодействии.

Групповая практика (group practice) — медицинская практика, осуществляемая двумя или большим количеством врачей одного медицинского учреждения, в различной степени связанных друг с другом, но взаимодополняющих друг друга (такие группы могут представлять собой комбинации, состоящие из различного числа врачей-специалистов, с врачами общей практики).

Группы здоровья — часть населения, выделенная в зависимости от наличия (или отсутствия) и степени тяжести заболеваний, физических дефектов.

Денежные средства — финансовые средства в отечественной или иностранной валютах, находящиеся в кассе, на расчетном, валютном и других счетах в банках на территории страны или за рубежом, а также в легко реализуемых ценных бумагах, платежных и денежных документах.

Деньги — особый товар, который является всеобщим эквивалентом всех других товаров. Специфическими функциями денег является выполнение ими функции средства обмена, платежа, измерения стоимости, накопления богатств, мировых денег.

Демографическая нагрузка (demographic ratio) — отношение экономически неактивной части населения к экономически активной.

Демографическая нагрузка пожилыми (demographic ratio of the aged) — число лиц старше трудоспособного возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста.

Демографическая политика — политика государства, направленная на достижение и поддержание оптимальной численности и структуры населения в соответствии с демографической ситуацией в стране.

Демография — наука, изучающая закономерности явлений и процессов в структуре, размещении и динамике населения с учетом политических, социальных, экономических, биологических и других факторов.

Деонтология медицинская — совокупность этических норм и принципов поведения медработника при выполнении профессиональных обязанностей. Деонтология предполагает оказание больному максимально возможной помощи, исключение возможности причинения ему вреда, повышение эффективности лечения больного.

Депопуляция — уменьшение численности населения в результате отрицательного прироста населения.

Дерегуляция (deregulation) — административная стратегия, направленная на уменьшение государственного надзора за экономикой и сферой услуг с одновременным усилением общей ответственности за стандарты и результаты.

Детский травматизм — внезапно возникшие повреждения, вызванные внешним воздействием и встречающиеся среди детей разного возраста в аналогичных условиях быта, проведения досуга, обучения, воспитания и т. д.

Диагноз — медицинское заключение о состоянии пациента, наличии у него заболеваний, патологических процессов, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней.

Диагностика (diagnostics) — процесс постановки диагноза и определения состояния пациента.

Диагностика донозологическая — обследование практически здоровых людей с целью выявления латентных и нераспознанных случаев заболеваний.

Диагностически-связанные группы (клинико-статистические группы) (diagnostic related groups — DRG) — метод оценки стоимости госпитализации, основанный на объединении пациентов в группы со сходным диагнозом, полом и возрастом и необходимыми диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами.

Динамический ряд — ряд однородных величин, характеризующих изменения явления во времени.

Дискретные данные (discrete data) — данные, представленные целыми числами (число беременностей, число рождений, число судорожных припадков у больного в течение месяца и др.) или группировками по качественным признакам (тяжесть состояния пациентов, выраженность эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию и др.).

Диспансерный метод — метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных) с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, формирования здорового образа жизни.

Дихотомические данные (dichotomous data) — признаки, которые могут иметь только два значения (присутствует—отсутствует, да—нет, жив—умер).

Дневные стационары — стационарные структурные подразделения организации здравоохранения, предназначенные для проведения амбулаторных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий только в дневное время больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения

Добавочная доля популяционного риска (population attributable risk fraction) — доля заболеваемости (смертности, инвалидности) в популяции, связанная с данным фактором риска; рассчитываемая путем деления добавочного популяционного риска на общую заболеваемость (смертность, инвалидность) в популяции.

Добавочный риск (атрибутивный, абсолютный, непосредственный риск) (attributable risk) — заболеваемость, связанная с появлением дополнительных случаев заболеваний, обусловленных воздействием фактора риска.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) — форма страхования, обеспечивающая застрахованным дополнительную медицинскую помощь, помимо ОМС, за счет средств граждан или работодателей на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком.

Доверительные границы, доверительный интервал (confidence interval) — крайние значения средней или относительной величины, в пределах которых с определенной степенью вероятности прогноза находится средняя или относительная величина изучаемого признака (явления) в генеральной совокупности.

Договор страхования — соглашение (юридическая сделка) между страхователем и страховщиком, регулирующее их взаимные обязательства в соответствии с условиями данного вида страхования.

Доказательная медицина (медицина, основанная на доказательствах) — направление клинической медицины, предполагающее поиск, анализ, обобщение и использование надежной медицинской информации с целью принятия оптимального клинического решения и применения наилучших из доступных, наиболее эффективных, безопасных и экономичных методов лечения и профилактики с учетом индивидуальных предпочтений пациента.

Долгожители (long living persons) — люди в возрасте 90 лет и старше.

Долголетия индекс (longevity index) — доля лиц 80 лет и старше в общей численности лиц от 60 лет и старше.

Достаточность — минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для достижения адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности.

Достоверность (reliability) — вероятностное понятие, позволяющее определить степень приближенности результатов при выборочном исследовании к их возможным значениям при сплошном исследовании и, соответственно, воспроизводимости результатов при повторении исследования.

Доступ к медицинскому обслуживанию (access to care) — степень приближения к населению необходимых служб здравоохранения и адекватности удовлетворения пациентов медицинской помощью с учетом их демографических характеристик и доходов (по времени, объему и качеству).

Древо целей (objective tree) — важнейшая основа программно-целевого планирования, представляющая собой упорядоченную иерархию целей, включая главную цель, цели, подцели (иногда — задачи).

Единица наблюдения — каждый случай изучаемого явления (первичный элемент статистической совокупности), подлежащий регистрации.

Единовременное (одномоментное) наблюдение — регистрация положения, сложившегося в явлении по состоянию на определенный момент времени (критическую дату).

Живорождение — полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, который после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни (сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мус-

кулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента).

Жизнедеятельности ограничение — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Заболеваемость (morbidity) — показатель общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах за определенный период времени (год) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения:

- **по обращаемости общая (распространенность, болезненность)** — показатель, характеризующий совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы;
- **первичная (по обращаемости)** — показатель, характеризующий совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний;
- **накопленная (по обращаемости)** — показатель, характеризующий все случаи первичных заболеваний, зарегистрированные в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью;
- **выявленная дополнительно при медицинских осмотрах** — показатель, характеризующий все случаи заболеваний, выявленных дополнительно при проведении медицинских осмотров, но не зарегистрированных в данном году при обращении населения за медицинской помощью;
- **выявленная дополнительно при анализе причин смерти** — показатель, характеризующий все случаи заболеваний, установленные при судебно-медицинском или патолого-анатомическом исследовании, по поводу которых не было зарегистрировано обращений при жизни пациента;
- **исчерпанная (истинная)** — общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти;
- **общая госпитализированная (по обращаемости)** — показатель, характеризующий совокупность первичных в данном году случаев госпитализаций населения по по-

воду заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы, но не зарегистрированных при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Заболевание (болезнь) — любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма.

Запасной резерв — финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией при наличии свободных средств после оплаты представленных медицинским учреждением счетов и для покрытия превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами резерва оплаты медицинских услуг.

Здоровый образ жизни (healthy life style) — категория общего понятия "образ жизни", включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Здоровье (health) — состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (ВОЗ).

Здоровье для всех (health for all) — направление политики ВОЗ на достижение всеми людьми такого уровня здоровья, который позволил бы им вести активную производственную, социальную и личную жизнь.

Здоровья нарушение — физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и(или) функции организма человека.

Здоровье психическое (mental health) — динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивида к ней, адекватность реакции организма на социальные, психологические и физические (включая биологические) условия жизнедеятельности благодаря способности личности самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде.

Здоровье сексуальное (sexual health) — способность к удовлетворяющим сексуальным отношениям и к реализации репродуктивной функции организма.

Здравоохранение (в узком, ведомственном значении) — совокупность всех отраслевых ресурсов и достижений медицинской науки в виде клинических и организационных техноло-

гий, направленных на профилактику и восстановление здоровья и трудоспособности.

Здравоохранение (как система мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения) — система социально-экономических и медицинских мероприятий, цель которых — сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом и внести положительный вклад в развитие общественного производства и создание национального дохода страны.

Измерение деятельности (performance measurement) — оценка (количественное измерение) соответствия процесса или результата принятым стандартам качества медицинской деятельности.

Измерение процесса (process measure) — оценка (количественное измерение) выполнения технологии медицинской помощи по отношению к потребности (показатель технического процесса) и стиля общения лиц, оказывающих медицинскую помощь, с пациентами (показатель межличностного процесса) по отношению к определенному профессиональному стандарту.

Измерение результата (outcome measure) — оценка последствий для здоровья в результате оказания или неоказания услуги, этапа, процесса медицинской помощи, оказываемой учреждениями или медработниками.

Инвалид (disabled) —

- человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма вследствие заболеваний, травм или дефектов, приводящим к ограничению жизнедеятельности и вызывающим необходимость его социальной защиты;
- лицо, которое вследствие физических или умственных заболеваний, травм или дефектов ограничено в своей жизнедеятельности и частично или полностью утратило трудоспособность.

Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и вызывающего необходимость социальной защиты.

Инвалидность пожилых (invalidity) — стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Индекс здоровья — удельный вес неболевших в течение определенного календарного срока среди населения данного возраста

Индекс уровня жизни — соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума, выраженное в процентах.

Индексация тяжести (заболевания)/уточнение тяжести (severity (of illness) indexing/severity adjustment) — процесс классификации пациентов в соответствии с данными о тяжести заболевания для проведения более обоснованного сравнения деятельности и качества между организациями и практикующими медицинскими работниками.

Индивидуальные акты управления — нормативные документы, которые издаются сотрудниками госсанэпидслужбы в пределах их должностной компетенции в интересах обеспечения СЭБ на подведомственных объектах и территориях.

Индивидуальный план реабилитации (ИПР) — перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

Индикаторы деятельности (performance indicators) — показатели, позволяющие оценить организацию и обеспечение медицинского обслуживания, а также результативность и эффективность медицинской помощи (финансовая стабильность учреждений, использование квалифицированного персонала, удовлетворенность пациентов и др.).

Индикаторы качества медицинской помощи (quality indicator) — показатели, которые применяются для характеристики и положительных, и отрицательных сторон медицинской деятельности, отдельных ее этапов, разделов и направлений (частота повторных госпитализаций, доля врачей и организаций здравоохранения, выполняющих клинические руководства и др.).

Инновация (innovation) — разработка и внедрение различного рода новшеств, порождающих значимые изменения в социальной практике.

Интеграция — процесс объединения усилий различных подсистем (подразделений) для достижения целей организации.

Интеллектуальная собственность — исключительное право гражданина или юридического лица на результаты интеллектуальной деятельности и приравненные к ним средства (фирменное наименование, товарный знак и т. п.).

Интенсивный показатель — показатель частоты (уровня распространенности) явления, совершающегося в определенной продуцирующей его среде.

Информативность (informativeness) — такое свойство того или иного признака (показателя, индекса), с помощью которого можно отделить один объект от другого, т. е. провести классификацию объектов.

Информатика (медицинская) — наука, изучающая процессы передачи и обработки информации (в области медицины и здравоохранения).

Информационная система управления (management information system) — система сбора, подготовки и представления руководству данных, облегчающих принятие решений и оценку успехов организации в достижении ее главных целей.

Исследование деятельности (activity studies) — изучение работы групп и индивидуумов за определенный период, в ходе которого классифицируются и анализируются все виды деятельности с целью проверки действенности рабочих операций и ценности выполняемой работы.

Исследование до—после (before-after study) — исследование, основанное на предположении (которое может оказаться и ложным), что любое изменение, наблюдаемое после воздействия, обусловлено именно этим воздействием.

Исследование серий случаев (case series) — описательное исследование, представляющее собой количественный анализ группы больных.

Исследование случай-контроль (case control study) — ретроспективное исследование, в котором производится отбор группы пациентов с изучаемым заболеванием и сходной по остальным признакам группы лиц без этого заболевания, оценивается частота воздействия возможного фактора риска в обеих группах и рассчитывается относительный риск развития заболевания в связи с изучаемым фактором.

Исследование совокупного риска (aggregate risk study), или экологическое исследование (ecological study), — исследование, в котором фактор риска характеризуется средним воздействием на группу и проводится оценка влияния на людей факторов окружающей среды в целом.

Истинно-отрицательный результат — отрицательный результат диагностического теста при отсутствии у больного искомого заболевания.

Истинно-положительный результат — положительный результат диагностического теста при наличии у больного искомого заболевания.

Исторический, или непараллельный, контроль (historical or nonconcurrent control) — вид клинического исследования, при котором результаты современного лечения сравниваются с данными наблюдения аналогичных пациентов в прошлом.

Историческое когортное исследование (historical cohort study) — исследование, при котором когорта выделена по архивным документам и прослежена до настоящего времени.

Качество (quality) — совокупность свойств и характеристик объекта (предмета, услуги и др.), которые определяют его способность удовлетворять установленные требования.

Качество жизни (life quality) —

- восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума;
- индивидуальную оценку своего положения в жизни общества (в контексте культуры и системы ценностей этого общества), соотношение этого положения со своими целями, планами, возможностями, состоянием общества.

Качество жизни, связанное со здоровьем —

- категория, включающая сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации;
- интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

Качество медицинской помощи (health care quality) — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Качество медицинской услуги — показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированный не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни.

Качество профилактической медицинской помощи (preventive health care quality) — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания профилактической медицинской помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и общества, современному уровню медицинской науки и медико-профилактических технологий

Классификация (classification) — обоснованная с помощью специальных методов и приемов группировка объектов на однородные (сходные) совокупности.

Клиническая эпидемиология (clinical epidemiology) — наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать соответствующие заключения,

контролируя влияние систематических и случайных ошибок.

Клинические испытания (clinical trials) — заранее спланированные исследования эффективности, безопасности или оптимальной дозировки одного или более лечебного, диагностического или профилактического вмешательства у людей, отобранных в соответствии с заранее сформулированными критериями и отслеженных до наступления заранее определенных позитивных или негативных изменений их состояния.

Когорта (cohort) — группа лиц, изначально объединенных какими-либо общими признаками (здоровые лица, больные на определенной стадии заболевания, родившиеся, вступившие в брак и др.) и наблюдаемых в течение определенного периода времени с целью изучения происходящих с ними изменений.

Когортное исследование (cohort study) — исследование, в котором определенная когорта прослеживается в течение некоторого периода времени для выявления и оценки происходящих изменений.

Количественная репрезентативность — достаточная численность элементов выборочной совокупности, рассчитываемая по специальным формулам, таблицам, графикам.

Количественные данные (quantative data) — числовые характеристики признаков изучаемого явления.

Конкуренция (лат. concurrentia — столкновение) — состязание между экономическими субъектами: борьба за рынки сбыта товаров с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.

Консалтинг — профессиональная консультативная помощь руководителям организаций (предприятий), предпринимаемая в решении проблем, возникающих в процессе осуществления их деятельности.

Контроль — процесс обеспечения достижения организацией поставленных целей и проверки правильности принятых решений.

Контроль качества — деятельность, направленная на сопоставление полученных результатов и характеристик с установленными стандартами.

Контрольная группа (control group), или группа сравнения, — группа испытуемых, результаты измерений в которой сравниваются с результатами измерений в экспериментальной группе для оценки эффекта исследуемого метода лечения или других вмешательств.

Концепция (concept) — совокупность обоснованных взглядов

дов (мыслей, положений), направленных на футурологическое представление объекта (процесса, явления, системы).

Концепция системы (concept of a system) — совокупность обоснованных взглядов и представлений в виде желаемой модели системы в сочетании с общими приоритетными направлениями и мероприятиями, нацеленными на реализацию этой модели.

Корреляционная зависимость (связь) — такая связь между явлениями, которая проявляется не в каждом отдельном случае, а при массовом сопоставлении рассматриваемых признаков

Коэффициент вариации — относительная мера колеблемости вариационного ряда, вычисляемая как процентное отношение среднеквадратического отклонения к средней арифметической величине.

Коэффициент корреляции — величина, показывающая направление и силу линейной связи между признаками (явлениями).

Коэффициент регрессии — абсолютная величина, на которую в среднем изменяется величина одного признака при изменении другого, связанного с ним признака, на установленную единицу измерения.

Критерии (criteria) — измеряемые компоненты (или тесты) стандарта, которые позволяют определить, насколько или в каком отношении соблюдается тот или иной стандарт.

Критерии общественного здоровья — унифицированные квалитетрические (количественные) измерители, применяемые для оценки уровня общественного здоровья и изменений его во времени (медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, физического развития и инвалидности).

Леверидж — соотношение собственных доходов организации и заемных средств.

Лечебно-профилактическая помощь (ЛПП) — деятельность медицинских учреждений, направленная на сохранение, укрепление и восстановление здоровья населения и оказание ему медицинской помощи в случае возникновения заболеваний или травм.

Лидерство — способность влиять на людей, побуждать их к деятельности для достижения поставленных целей организации.

Лизинг — вид инвестиционной деятельности по приобретению имущества и передаче его на основании договора физическим или юридическим лицам за определенную плату, на определенный срок и на определенных условиях по договору с правом выкупа имущества лизингополучателем.

Листок нетрудоспособности — основной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность.

Лицензирование — выдача государственного разрешения (лицензии) медицинским учреждениям, врачам и другим лицам на осуществление ими определенных видов медицинской деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Ложноотрицательный результат — отрицательный результат диагностического теста при наличии у больного искомого заболевания.

Ложноположительный результат — положительный результат диагностического теста в отсутствии у больного искомого заболевания.

Макросреда маркетинга — совокупность политических, социально-экономических, правовых, научно-технических, культурных и природных факторов, которые воздействуют на микросреду и не подвластны прямому управлению со стороны фирмы (организации).

Маркетинг — комплексная система организации производства и сбыта продукции, ориентированная на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка.

Маркетинг медицинский — комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию, производство и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Медиана — числовое значение признака, находящееся в середине упорядоченного вариационного ряда.

Медико-социальная активность — деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях.

Медико-социальная экспертиза инвалидов — определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма.

Медико-экономический стандарт (МЭС) — формализованная модель ведения больного применительно к различным клинко-статистическим группам, предусматривающая объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий и затраты на их выполнение.

Медицинская (санитарная) статистика — раздел биостатистики, изучающий основные закономерности общественного здоровья и здравоохранения.

Медицинская активность — деятельность индивидуума и групп населения, направленная на сохранение и укрепление собственного здоровья и здоровья окружающих и являющаяся

необходимой предпосылкой формирования здорового образа жизни.

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального, организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Медицинская помощь (health care, medical care) — вид деятельности, направленный на реализацию комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее или среднее медицинское образование.

Медицинская профилактика — система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения.

Медицинская профилактическая услуга (preventive health service) — мероприятие или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и направленных на профилактику заболеваний и их своевременную диагностику, а также на оздоровление.

Медицинская реабилитация — комплекс лечебных мер воздействия, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций и здоровья больных и инвалидов.

Медицинская реабилитация инвалидов — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспособляющих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

Медицинская услуга — оказание профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений.

Медицинский "Ассистанс" — гарантия обеспечения немедленной помощи застрахованным в любой ситуации.

Медицинский аудит (medical audit) — подробный ретроспективный анализ и оценка историй болезни и амбулаторных карт пациентов по установленным показателям медицинской помощи, используемые для количественной и качественной оценки профессиональной деятельности и деятельности организации в целом с помощью сопоставления выявленных параметров с принятыми стандартами или с современными профессиональными суждениями.

Медицинский исход/медицинский результат (clinical outcome/clinical endpoint) — последствия медицинской помощи

или программ здравоохранения для клинического благополучия пациентов или населения (улучшение, стабилизация, ухудшение и т. д.).

Медицинский маркетинг — комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию, производство и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Медицинское образование (medical education) — процесс обучения и подготовки специалиста в медицинском образовательном учреждении.

Медицинское страхование — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Международная классификация болезней (МКБ) — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки и являющаяся основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах — членах Всемирной организации здравоохранения.

Менеджмент (управление) (management) —

- вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач;
- рациональное управление современным производством, с целью достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсного потенциала.

Мертворождение — смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

Мертворожденность — смертность плодов с 22-й полной недели беременности и новорожденных в родах, включает атенатальную и интранатальную смертности.

Мета-анализ (meta-analysis) — методология проведения анализа, в которой задействованы статистические методы для объединения результатов большого числа отдельных исследований, обобщения определенных результатов и повышения достоверности выводов.

Метод стандартизации — метод сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в отличающейся по составу среде, позволяющий устранить (элиминировать) возможное влияние различий в составе среды на величину сравниваемых показателей.

Методика бизнес-планирования — формализованная сово-

купность специальных правил и приемов (одного или нескольких методов) разработки конкретных бизнес-планов.

Методы руководства — способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в целях решения поставленных перед ним задач.

Миграция (механическое движение населения) — изменение численности, состава и размещения населения, связанное с территориальными перемещениями людей.

Микросреда маркетинга — совокупность субъектов и факторов, имеющих непосредственное отношение к самой фирме (организации) и влияющих на ее возможность обслуживать своих потребителей.

Минимальный социальный стандарт — установленные органами государственной власти объем, условия и требования к качеству медицинской помощи и лекарственного обеспечения, предоставляемые в обязательном порядке населению за счет средств бюджетов всех уровней и ОМС.

Многофакторное моделирование (multivariable modeling) — метод, обеспечивающий математическое выражение сочетанного влияния многих переменных.

Многофакторный анализ (multivariable analysis) — совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих переменных на какой-либо один фактор.

Многопрофильный (многоцелевой) скрининг — система медико-организационных мероприятий для выявления целого ряда заболеваний или состояний.

Мода — величина вариационного ряда, характеризующаяся наибольшей частотой.

Моделирование (modelling) — процесс построения и реализации модели, имеющий временной интервал (кратко-, средне- или долгосрочный).

Модель (model) — условный образ исследуемого объекта (процесса, явления, системы). Различают модели статистические и динамические, простые и сложные, математические, концептуальные, логические, графические, физические и прогностические и др. Точность модели определяется степенью приближения (сходства) условного образа и реального.

Модификация эффекта (effect modification) — особый тип взаимодействия факторов, при котором сила корреляции между двумя переменными зависит от уровня некоторой третьей переменной, называемой *модификатором эффекта* (effect modifier).

Мониторинг — целенаправленная деятельность, связанная с постоянным или периодическим наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемого объекта (процесса, явления, системы) в целях его развития в желаемом направлении.

Мониторинг (контролирование) качества (quality control) — применение действенных методик (инструментов), мер и статистических методов для измерения и прогнозирования качества.

Мотивация (motivation) — процесс побуждения человека к деятельности для достижения целей.

Мотивация к формированию потребности в здоровье (health motivation) — побуждение индивидов к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья.

Муниципальный сектор здравоохранения — муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности медицинские организации, осуществляющие медико-профилактическую помощь населению.

Непараметрические критерии оценки результатов — совокупность статистических методов, которые позволяют оценить результаты исследований в случаях, когда распределение изучаемых признаков в совокупности не является нормальным.

Непрерывное улучшение качества — НУК (continuous quality improvement — CQI) — управленческая деятельность по непрерывному изучению и усовершенствованию процессов оказания медицинской помощи с целью удовлетворения потребностей пациентов и других потребителей.

Нерегулируемые факторы риска — условия и обстоятельства, повышающие вероятность возникновения патологии, влияющие на течение и прогноз заболевания и не зависящие от деятельности человека (пол, возраст, наследственность и др.).

Несплошное наблюдение — статистическое исследование, позволяющее путем изучения части единиц наблюдения получить сведения, которые с достаточной степенью вероятности прогноза могут быть распространены на всю совокупность в целом.

Нетрудоспособность — невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность.

Нетрудоспособность временная — состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого проме-

жутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер (иногда может быть обусловлена другими социальными и медицинскими причинами, предусмотренными законодательством по социальному страхованию).

Нетрудоспособность полная — это утрата работающим способности к любому труду на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Нетрудоспособность частичная — временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегченным, режимом или уменьшенным объемом.

Норма — установленная и документально подтвержденная величина, определяющая максимальный уровень расходования ресурсов, получения доходов, прибыли, выработки продукции.

Норматив — расчетная величина затрат материальных, трудовых, временных, финансовых и других ресурсов, применяемая при нормировании труда и планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нулевой прирост населения (zero population growth) — показатель, относящийся к населению, численность которого не увеличивается и не снижается в результате равновесия между рождаемостью, смертностью и чистой миграцией.

Обеспечение качества (quality assurance) — планируемые и осуществляемые виды деятельности в рамках системы качества для достижения конечной цели — улучшения состояния здоровья в результате оказания медицинской помощи.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения — реализация государственных, региональных и местных программ по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний, по оздоровлению среды обитания человека и условий его жизнедеятельности.

Образ жизни (life style) —

- совокупность существенных черт, основных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы, общества (труд, быт, общественная и социокультурная деятельность, социальные нормы и правила поведения людей и др.), взятых в единстве с условиями жизни, определяющими специфику деятельности;
- деятельность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их.

Обсервационное исследование (observational study) — исследование без преднамеренного вмешательства со стороны исследователя (описательное, аналитическое).

Общая практика (general practice) — форма медицинской практики, при которой практикующий врач несет постоянную ответственность за обеспечение больных общей неспециализированной медицинской помощью.

Общественное здоровье (public health as resource) — медико-социальный ресурс и потенциал общества, обусловленный комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов, улучшение которого будет способствовать увеличению качества и продолжительности жизни, благополучия людей, гармоничному развитию личности и общества, обеспечению национальной безопасности страны.

Общественное здоровье и здравоохранение — общественная учебная и научная дисциплина, изучающая комплекс социальных, организационных, экономических, правовых, психологических и других проблем медицины, здоровья населения, его мониторинга, охраны, укрепления и восстановления.

Общественное здравоохранение (public health as system) — система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, направленных на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности населения.

Община (community) — социальная группа, объединяемая общей принадлежностью к религии, культуре, этносу или территории.

Объект исследования — статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных отдельных составляющих (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Объект страхования — страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Объект управления — управляемое звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид государственного социального страхования, позволяющий обеспечивать всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств специальных фондов в рамках программ ОМС.

Однопрофильный (целевой) скрининг — система медико-организационных мероприятий для целевого выявления отдельных заболеваний или состояний.

Одномоментное исследование (единовременное, поперечное исследование) (cross-sectional study, prevalence study, survey) — исследование, предусматривающее регистрацию единиц наблюдения изучаемой совокупности по состоянию на определенный момент времени.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) — гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению родившихся в изучаемом году или поколению сверстников при условии сохранения на протяжении всей жизни этого поколения по возрастных показателей смертности данного года.

Относительные величины (показатели, коэффициенты) — обобщающие характеристики отношений между совокупностями, связанными или не связанными друг с другом.

Относительный риск (relative risk), или отношение рисков (risk ratio), — отношение заболеваемости среди лиц, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию факторов риска.

Отношение шансов (odds ratio) — математическое выражение, определяемое как отношение шансов события в одной группе к шансам события в другой группе или как отношение шансов того, что событие произойдет, к шансам того, что событие не произойдет.

Охрана здоровья (health protection) ("защита здоровья") — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Охрана материнства и детства — система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции — рождения и воспитания здорового ребенка.

Оценка достоверности разности результатов исследования — статистический метод, позволяющий определить вероятность, с которой выявленные различия между изучаемыми совокупностями могут быть вызваны исключительно действием случайных факторов.

Оценка достоверности результатов статистического исследования — определение доверительных границ (предела колебаний) средней величины или относительной величины в гене-

ральной совокупности с заданной исследователем вероятностью безошибочного прогноза.

Оценка качества (quality assessment) медицинской помощи — определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам и удовлетворения пациента ею.

Оценка структуры (structural measure) — характеристика всех видов ресурсов (кадровых, материальных, финансовых), имеющихся в распоряжении организации (учреждения).

Ошибка репрезентативности средних и относительных величин — величина, показывающая, насколько результат выборочного исследования может отличаться от результата в генеральной совокупности.

Параллельный контроль (concurrent control) — способ клинического исследования, при котором контрольная группа набирается одновременно и по тем же правилам, что и экспериментальная группа.

Пенсионный фонд РФ — кредитно-финансовое учреждение, главной задачей которого является сбор и аккумуляция взносов на пенсионное обеспечение граждан, финансирование расходов на выплату пенсий и пособий.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — первый уровень контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения и одновременно первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа, включающий лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинскую профилактику важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое образование, меры по охране семьи, материнства, отцовства и детства.

Переход демографический (demographical transition) — переход от высоких показателей фертильности и смертности к низким.

Переход эпидемиологический (epidemiological transition) — переход от высоких показателей инфекционной заболеваемости и смертности в популяции к низкому, характеризующийся ростом значимости неэпидемической заболеваемости и смертности.

Перинатальный период — период, начинающийся с 22 полных недель (154 дня) внутриутробной жизни и заканчивающийся спустя 7 полных суток (168 часов) после рождения.

Периодические медицинские осмотры — осмотры определенных (декретированных) групп населения, направленные на

выявление ранних признаков заболеваний, с целью осуществления лечебно-профилактических мероприятий.

Персонал — штатный (личный) состав работников учреждения, предприятия, организации, фирмы и т. п.

План — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно определенную цель, предвидение конечных результатов, пути и средства достижения цели.

План маркетинга — совокупность целей, стратегий маркетинговой деятельности и мероприятий по их реализации на определенный интервал времени.

План статистического исследования — перечень организационных вопросов проведения исследования (объем статистической совокупности, сроки проведения исследования, виды и способы сбора материала и др.).

План счетов — систематизированный по установленным принципам перечень синтетических счетов бухгалтерского учета.

Планирование — процесс выбора целей и путей их достижения.

Планирование здравоохранения (health planning) — целенаправленная деятельность государственных органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения всех форм собственности по разработке перспектив развития систем здравоохранения страны, субъектов Российской Федерации, отдельных административных территорий и организаций здравоохранения.

Планирование кадров здравоохранения (health manpower development) — процесс определения численности и структуры кадров на основе оценки перспективной потребности в них населения и учреждений здравоохранения.

Планирование семьи — свобода в решении вопроса о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и, как следствие, рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей. Свободу репродуктивного поведения следует рассматривать как одну из сторон свободы личности.

Планирование человеческих ресурсов — деятельность, направленная на оценку имеющихся ресурсов и оценку будущих потребностей с целью разработки программы удовлетворения этих потребностей.

Платная медицинская услуга — услуга, оказываемая на возмездной договорной основе сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Подушевая оплата (capitation) — форма оплаты медицинской помощи, при которой врач получает установленную сум-

му за каждого жителя, за которого он несет ответственность в течение данного периода.

Подушные затраты (подушное финансирование) (capitation) — совокупность расходов на здравоохранение на каждой территории в расчете на одного жителя в год.

Покупательная способность населения — количество товаров и услуг, которое население способно приобрести в соответствии с имеющимися денежными средствами, при том уровне цен, который сложился в данное время.

Полезность (utility) — показатель предпочтения определенного результата в достижении здоровья, выражаемый и количественно, измеряемый с помощью шкалы (от 0 до 1).

Полис медицинского страхования — документ, подтверждающий наличие договора страхования и обеспечивающий возможность получения медицинской помощи и защиту финансовых интересов застрахованного при наступлении страхового случая.

Политика в здравоохранении — основные направления научной и практической деятельности по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения на основе оптимального распределения ресурсов здравоохранения в соответствии с приоритетами развития общества.

Политика в области качества (quality policy) — деятельность по созданию товаров и услуг, удовлетворяющих нужды потребителей.

Польза, выгода (benefit) — положительный результат целенаправленных действий, вызвавших определенные затраты ресурсов.

Поперечное исследование (cross-sectional research) — всестороннее изучение популяции в определенный момент времени, как правило, охватывающее лиц различного возраста.

Популяционный добавочный (атрибутивный) риск (population attributable risk) — произведение добавочного риска на распространенность фактора риска в популяции, отражающее дополнительную заболеваемость в популяции, связанную с фактором риска.

Популяция (population) — совокупность индивидуумов, из которой отбирается выборка и на которую могут быть распространены результаты, полученные для этой выборки (общая популяция, госпитальная популяция, популяция пациентов с конкретным заболеванием).

Посещение — визит пациента к врачу или врача к пациенту при его вызове на дом.

Потенциал здоровья — совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факто-

ров. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и др.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита и т. д.).

Предварительные медицинские осмотры — осмотры при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут обостряться или прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Предложение — количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению.

Предпринимательская деятельность — самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

Предпринимательство в здравоохранении — деятельность организаций и частных лиц, направленная на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющая возместить затраты на осуществление этой деятельности и получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих их лечение лиц и организаций.

Преемственность и непрерывность (continuity) — соблюдение координации медицинской помощи пациенту между практикующими специалистами, организациями в процессе их взаимодействия.

Принцип единоначалия — предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций, с установлением персональной ответственности за результаты работы. Этот принцип, как правило, оправдан и реализуется в системе управления с высоким уровнем централизации власти.

Приоритеты здравоохранения (health care priorities) — направления развития учреждений и служб здравоохранения, которые соответствуют первоочередным задачам по разрешению выявленных или предполагаемых проблем.

Прогноз — комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогностическая ценность (predictive value) — вероятность наличия заболевания при известном результате диагностического теста.

Прогностическая ценность отрицательного результата (negative predictive value) — вероятность отсутствия заболевания при отрицательном результате теста.

Прогностическая ценность положительного результата (positive predictive value) — вероятность заболевания при положительном результате теста.

Программа (целевая программа) (program (objective program)) — совокупность упорядоченных в соответствии с разработанным деревом целей действий, этапов, исполнителей и критериев.

Программа анализа — перечень основных направлений, в соответствии с которыми будет проводиться анализ и оценка собранного и разработанного статистического материала.

Программа маркетинга — стратегический план-рекомендация производственно-сбытовой и научно-технической деятельности организации, разработанный на основе комплексных маркетинговых исследований с целью обеспечения выбора оптимального варианта ее развития.

Программа статистического исследования — комплекс основных вопросов (положений), направленных на достижение цели исследования.

Проект (project) — совокупность мероприятий, направленных на выполнение в установленные сроки одним или несколькими исполнителями с учетом имеющегося бюджета и с соблюдением стандартов качества.

Прожиточный минимум (ПМ) — физиологически обоснованное денежное содержание, обеспечивающее поддерживающий характер потребления.

Производственные отношения — объективные, не зависящие от воли и сознания людей отношения по поводу производства материальных благ, их распределения, обмена и потребления.

Противоестественная убыль населения — отрицательный прирост населения, когда число умерших превышает число родившихся

Протокол ведения больных — нормативный документ, содержащий требования к профилактике, диагностике, лечению, реабилитации больных при определенных заболеваниях, синдромах или клинических ситуациях.

Профессиональная адаптация — приспособление сотрудника учреждения к работе в условиях проблемных ситуаций, возникающих в профессиональной среде (к новому месту работы, к новой должности, к понижению в должности и др.).

Профессиональная реабилитация — комплекс мероприятий по профессиональной ориентации лиц, имеющих отклонения

в состоянии здоровья, по их профессиональной подготовке и переподготовке, подбору соответствующей профессии, обеспечению благоприятных условий труда, приспособлению рабочего места к имеющемуся дефекту и др.

Профессиональная реабилитация инвалидов — система государственных и общественных мер, направленных на возвращение или включение инвалидов в общественно-полезный труд в соответствии с состоянием его здоровья, трудоспособности, личными склонностями и желаниями.

Профессиональные болезни — заболевания, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов производственной среды.

Профилактика заболеваний (diseases prevention) — система мер медицинского и немедицинского характера, направленных на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Профилактика:

- **медицинская** — система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения;
- **примордиальная** — совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни;
- **первичная (primary prevention)** — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний среди всего населения, отдельных социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов путем воздействия на факторы риска;
- **вторичная (secondary prevention)** — комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на сохранение нормального функционирования органов и систем у лиц с факторами риска, возможно раннее выявление отклонений в жизнедеятельности человека и проявившейся патологии с целью проведения соответствующей коррекции;
- **третичная, или реабилитация (восстановление здоровья) (tertiary prevention, rehabilitation):**

а) совокупность мер, направленных на предупреждение перехода острого заболевания в хроническое (или в более тяжелую стадию), обострений в течении болезни, нетрудоспособности и инвалидности, а также преждевременной смертности;

б) комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Профилактические осмотры — одна из форм лечебно-профилактической помощи, заключающаяся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний (предварительные, периодические, целевые).

Процесс оказания помощи (process of care) — деятельность, заключающаяся в проведении медицинских мероприятий по отношению к конкретному пациенту.

Процесс управления (management process) — последовательность действий руководителя по изучению объекта управления, определению конкретных целей и задач, разработке средств их достижения, получению материальных, кадровых и финансовых ресурсов, расширению знаний, навыков и развитию способностей персонала, принятию адекватных решений, в том числе на перспективу, побуждению персонала к достижению поставленных целей, осуществлению контроля и оценки деятельности.

Психологическая реабилитация инвалидов — формирование активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида в основном за счет средств психотерапии.

Психологическое здоровье — способность индивидуума свободно, без ограничений реализовывать свои психологические потребности, адаптироваться к новым условиям.

Психометрия — метод исследования, использующий стандартизованные тесты или шкалы для оценки черт индивидуума, при которой поведение людей, их чувства и личностные оценки переводятся в доступные количественному анализу показатели.

Психоэмоциональный стресс (ПЭС) — состояние постоянного нервно-эмоционального напряжения, обусловленное высоким ритмом жизни, социально-политической усталостью, ухудшением экологической ситуации и приводящее к срыву адаптационных возможностей организма.

Рандомизация (randomization) — процедура, обеспечивающая случайное распределение больных в экспериментальную и контрольную группы с целью достижения отсутствия различий между этими группами и, таким образом, снижения вероятности систематической ошибки в клинических исследованиях вследствие различий групп.

Рандомизированное контролируемое испытание — проспективное исследование, в котором участников в случайном порядке (рандомизированно) распределяют на основную и контрольную группы с целью сравнения результатов вмешательства.

Реабилитационный потенциал — комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности к восстановлению нарушенного здоровья.

Реабилитационный прогноз — предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Реабилитация — система социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических и других мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) нарушенных функций организма и возможно раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и нормальному быту (медицинская, профессиональная, социальная).

Реабилитация инвалидов — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма с целью восстановления социального статуса инвалида, достижения им материальной независимости и его социальной адаптации.

Региональное здоровье (здоровье населения — health of the nation) — медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Регрессия — функция, позволяющая по средней величине одного признака определить среднюю величину другого признака, корреляционно связанного с первым.

Регулируемые факторы риска — факторы жизнеобеспечения, которые могут быть изменены целенаправленной деятельностью самого человека (социально-экономическое положение, жилищно-бытовые условия, характер питания, физическая активность, медицинская активность, вредные привычки и др.).

Резерв оплаты медицинских услуг — финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для предстоящей оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным в объеме и на условиях территориальной про-

граммы обязательного медицинского страхования (при избытке текущих поступлений, предназначенных на эти цели) в течение срока действия договоров страхования.

Резерв финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию — целевой специализированный резерв средств, формируемый страховой медицинской организацией для финансирования профилактических мероприятий, снижения заболеваемости населения, повышения качества и доступности медицинской помощи и других мероприятий, способствующих снижению затрат на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Результат (outcome) — получаемые в процессе достижения конечной цели или при ее достижении новые данные об объекте (процессе, явлении, системе).

Результативность (effectiveness) медицинская — степень достижения целей медицинской деятельности при определенном (высоком, среднем или низком) ее качестве.

Результаты мероприятий по охране здоровья (health outcomes) — изменения в текущем или будущем состоянии здоровья индивидуума, группы или популяции, которые могут быть отнесены на счет службы здравоохранения.

Реклама (от фр. "reclame" — выкрикивать) — комплекс мероприятий предпринимателя по ознакомлению потребителей с производимыми и продаваемыми товарами (услугами), по стимулированию желания приобрести их.

Рентабельность (cost-efficiency) — показатель оценки эффективности деятельности при максимальной экономии имеющихся ресурсов.

Репрезентативность выборки — представительность выборочной совокупности по отношению к генеральной.

Репродуктивное здоровье семьи — состояние благополучия во всех вопросах, касающихся функционирования репродуктивной системы, включая воспроизводство, гармонизацию психосоциальных отношений в семье и др.

Репродуктивные потери — все плодовые и материнские потери на протяжении всего срока гестации и 42 дней после ее прекращения.

Репродуктивный потенциал — уровень физического и психического состояния, определяющий возможность детей и подростков по достижении ими социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство.

Ресурсы здоровья — морфофункциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону.

Рождаемость — процесс деторождения в конкретной совокупности людей за определенный период времени.

Рынок медицинских услуг — рынок, который удовлетворяет потребности людей в сохранении и улучшении здоровья.

Рыночный механизм (market mechanism) — взаимодействие между покупателями и продавцами услуг и товаров на основе закона спроса и предложения, определяющее производство и распределение услуг и товаров.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия — организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка — состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения — такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

Сверхсмертность (excess mortality) — резкое превышение показателей смертности относительно регистрировавшихся на протяжении нескольких последних лет.

Себестоимость медицинских услуг — стоимостная оценка используемых в процессе оказания услуг материалов, основных фондов, топлива, энергии, трудовых ресурсов, а также других затрат на ее производство

Сертификация медицинских услуг — процедура подтверждения соответствия, посредством которой независимая от производителя и потребителя медицинских услуг организация удостоверяет в письменной форме, что должным образом идентифицированная медицинская услуга соответствует конкретному стандарту или иному нормативному документу.

Сертификация специалистов — процесс определения профессиональной готовности специалиста к самостоятельной практике.

Синтетический учет — учет обобщенных данных бухгалтерского учета о видах имущества, обязательств и хозяйственных операций по определенным экономическим признакам, который ведется на синтетических счетах бухгалтерского учета.

Система здравоохранения —

- (международное) совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общинах, в физическом и психосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах;
- (отечественное) совокупность взаимодействующих органов управления здравоохранением, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской и фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения, укрепления здоровья граждан и оказания им медицинской помощи.

Система качества (quality system) — совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления общего управления качеством.

Система медицинской информации (health information system) — механизм для сбора, обработки, анализа и передачи информации, необходимой для организации работы и управления службами здравоохранения, проведения исследований и обучения.

Система санаторно-курортного лечения и реабилитации — совокупность лечебно-профилактических учреждений для проведения санаторно-курортного лечения, основанного преимущественно на использовании естественных лечебных факторов (климата, минеральных вод, лечебных грязей, морских купаний и т. д.).

Система управления (management system) — совокупность административных звеньев, наделенных определенными полномочиями управления, функционирующая для достижения главной цели деятельности.

Система управления качеством медицинской помощи — совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результат медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Систематическая ошибка, смещение (systematic error, bias) — неслучайное, однонаправленное отклонение результатов от истинных значений вследствие отбора (sampling, или assembling bias), измерений (measurement bias), при воздействии вмешивающихся факторов (confounding bias) и других случаях.

Скрининг (screening) —

- массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболеваний;
- предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефекта с помощью набора тестов или диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность и проводимых без большой затраты времени.

Слепой, или маскированный, метод (blinding, or masking) — процедура, обеспечивающая отсутствие информации о том, какой группе — экспериментальной или контрольной — отнесен каждый испытуемый.

Случайная выборка (random sample) — выборка, вероятность попадания в которую для каждого индивидуума в популяции одинакова.

Смертность населения — процесс естественного сокращения численности людей за счет случаев смерти в конкретной совокупности населения за определенный период времени.

Смещенная выборка (biased sample) — выборка, которая систематическим образом отличается от популяции, представляющей предмет исследования.

Состояние здоровья — характеристика уровня здоровья или нездоровья индивидуума, отдельных групп или населения в целом, оцененного на основе изучения специальных показателей (демографических, физического развития, заболеваемости, инвалидности).

Социальная защита (health status) — многоуровневая система экономических, правовых, организационных, медико-социальных, педагогических, психологических и других мер, направленных на реализацию прав и свобод личности в области социального обеспечения, гарантированность не только выживания, но и достаточного уровня и качества жизни.

Социальная недостаточность — социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты.

Социальная помощь (социальная поддержка) — обеспечение населения в денежной и натуральной формах, в виде услуг или льгот, предоставляемая с учетом законодательно установленных государством социальных гарантий по социальному обеспечению, за счет средств местных органов власти, предприятий (организаций), внебюджетных и благотворительных фондов в целях оказания адресной дифференцированной помощи нуждающимся гражданам.

Социальная реабилитация — система и процесс восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социальная реабилитация инвалидов — система социальных, социально-психологических, педагогических, правовых и экономических мер, направленных на создание условий для преодоления инвалидами ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности путем восстановления социальных навыков и связей, достижения свободной и независимой жизнедеятельности вместе и наравне со здоровыми гражданами.

Социально-гигиенический мониторинг — государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека.

Социальное страхование — система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и др.

Социально-психологическая адаптация — процесс приспособления, вживания в среду, предполагающие признание условий среды и внесение в нее собственного влияния.

Социально-психологические методы — способы осуществления управленческих воздействий на персонал, базирующиеся на использовании закономерностей социологии и психологии.

Социально-психологическое благополучие — характеристика качества жизни, отражающая уровень социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, которые включают оптимальные для конкретного человека режимы общественной, семейно-бытовой и профессиональной деятельности.

Социальный маркетинг — продвижение общественно полезных и важных благ и услуг на рынок для достижения общественных целей с использованием методов коммерческого маркетинга.

Социальный статус — положение (позиция) индивида или группы в социальной системе, определяемое по ряду экономических, профессиональных, этнических и других специфических для данной системы признаков (пол, образование, профессия, доход и др.).

Социальный эффект здравоохранения — предотвращение какой-либо части заболеваний, уменьшение числа инвалидизированных и преждевременно умерших.

Специализированная помощь (specialized care) — квалифицированная медицинская помощь, оказываемая врачом-специалистом в специальных условиях.

Специфичность диагностического теста (specificity) — вероятность отрицательного результата диагностического теста при отсутствии болезни.

Сплошное наблюдение — статистическое исследование, которое охватывает все входящие в состав совокупности единицы наблюдения.

Спрос (общее) — желание покупателей приобрести данный товар, которое подкреплено реальной денежной возможностью.

Спрос (потребность) (применительно к здравоохранению) — количество медицинских товаров и услуг, которое желают и могут приобрести пациенты в данный период времени по определенной цене.

Среда обитания человека — совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека.

Среда социальная — часть окружающей среды, которая определяет общественные, материальные, духовные условия формирования, существования и деятельности людей.

Средняя продолжительность предстоящей жизни (life expectancy) — число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении последующей жизни этого поколения сохранятся существующие ныне по возрасту коэффициенты смертности.

Стабильное население (stable population) — популяционная модель, в которой распределение по возрасту и полу остается неизменным.

Стандарт (standard) —

- нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом;
- нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливаются для всеобщего многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения.

Стандарт качества медицинской помощи (standard of health care quality) — реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи.

Стандартизация — статистический метод, позволяющий выявлять влияние фактора неоднородности составов совокупностей по какому-либо признаку на сравниваемые показатели.

Стандартизация в здравоохранении — деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Стандартизованные показатели — условные величины, свидетельствующие о том, каковы были бы значения сравниваемых интенсивных показателей при исключении различий в составах совокупностей.

Старость (old age) — закономерно наступающий заключительный период возрастного развития, следующий после стадии зрелости и сопровождающийся в той или иной мере угасанием жизненных функций.

Статика населения — раздел демографии, изучающий численность населения, его структуру по различным признакам (пол, возраст, семейное положение и др.), размещение по территории.

Статистика — самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной на основе сбора, классификации, анализа и использования цифровых данных.

Статистика здоровья (health statistics) — статистика, характеризующая здоровье и факторы, на него влияющие.

Статистика здравоохранения (health care statistics) — раздел медицинской статистики, изучающий данные о сети лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений, их деятельности и кадрах с целью оценки качества работы и планирования лечебных и профилактических мероприятий.

Статистика общественного здоровья — раздел медицинской статистики, разрабатывающий методы, формы и приемы сбора, обработки и анализа данных, характеризующих уровень и изменения в состоянии здоровья населения.

Статистическая значимость — характеристика полученного результата, отражающая низкую вероятность того, что выявленное между группами различие носит случайный характер.

Статистическая совокупность — группа, состоящая из относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства в соответствии с поставленной целью.

Статистические методы (statistical methods) — совокупность

методов планирования, обработки и количественного анализа результатов исследования (эксперимента).

Статистическое исследование — изучение конкретной статистической совокупности, сформированной исследователем с определенной целью

Стационар на дому — форма организации медицинской помощи нуждающимся в стационарном лечении в домашних условиях.

Стационарная помощь — этап (вид) медицинской помощи, включающий диагностические, лечебные, восстановительные и профилактические мероприятия, проводимые в больничных условиях.

Стиль жизни — поведенческий стереотип, обусловленный психологическими особенностями индивидуума.

Стиль управления —

- индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности;
- совокупность наиболее характерных и устойчивых методов и форм работы руководителя с подчиненными.

Стоимость — средняя цена предоставляемой услуги и использованного материала, фактические расходы, понесенные в процессе предоставления продукта или услуги.

Стратегия в области здоровья и здравоохранения (health strategy) — конкретизированная политика, реализуемая в виде широкомасштабных программ в интересах охраны здоровья и развития здравоохранения.

Стратегия профилактики (preventive strategy) — основные направления действий, предпринимаемых для достижения целей профилактических программ и направленных на все население или на отдельные целевые группы (популяционная, высокого риска).

Страхование — отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Страхование медицинское — форма социальной защиты населения в области охраны здоровья, призванная гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств (обязательное, добровольное).

Страхователь — физическое или юридическое лицо, выражающее страховой интерес и вступающее в гражданско-правовые отношения со страховщиком в силу закона или двусторонней сделки (договора).

Страховая медицинская организация (СМО) — юридическое лицо, имеющее государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием и осуществляющее его в соответствии с законом.

Страховая сумма — денежная сумма, адекватная страховому интересу и страховому риску, на которые застрахованы жизнь и здоровье страхователя (страховое покрытие).

Страховое поле — максимальное количество объектов, которое может быть охвачено страхованием.

Страховой взнос — плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или законом.

Страховой медицинский полис — документ, удостоверяющий заключение договора по обязательному (добровольному) медицинскому страхованию и выдаваемый каждому застрахованному гражданину страховой медицинской организацией.

Страховой риск — объект медицинского страхования, связанный с финансовыми затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховой случай — фактически наступившее страховое событие (заболевание, травма и др.), влекущее обязанность страховщика оплатить оказанную застрахованному медицинскую помощь за счет средств страхового фонда.

Страховой фонд — резерв материальных или денежных средств, формируемый за счет взносов страхователей и находящийся в оперативно-организационном управлении у страховщика.

Страховщик — физическое или юридическое лицо (любой формы собственности), имеющее соответствующую лицензию, проводящее страхование и ведающее накоплением и расходованием страховых средств.

Субъект управления — управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления.

Таблица дожития (life table) — демографическая модель, в которой гипотетическая когорта по рождению прослеживается в течение всей жизни от момента рождения.

Текущее наблюдение — регистрация единиц наблюдения по мере их возникновения.

Территориальный стандарт (regional standard) — стандарт, обязательный для выполнения на территории субъекта Российской Федерации и полностью включающий в себя федеральный стандарт.

Товар — любой продукт производственно-экономической деятельности, полученный в материально-вещественной фор-

ме, который является объектом купли-продажи и установления рыночных отношений между продавцами и покупателями.

Точность теста (test accuracy) — доля правильных результатов теста (истинно положительных и истинно отрицательных) в общем количестве полученных результатов.

Травматизм — повторение однородных повреждений у людей, находящихся в сходных условиях труда или быта.

Трудоспособное население — население в возрасте от 18 лет и до пенсионного возраста (мужчины — 60 лет, женщины — 55 лет).

Трудоспособность — состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Удовлетворенность жизнью — характеристика качества жизни, включающая удовлетворенность семейными отношениями, бытом, жильем, питанием, материальным достатком, профессиональной деятельностью, медицинским обслуживанием и т. п.

Удовлетворенность пациента лечением (patient/treatment satisfaction outcome/satisfaction endpoint) — принятие или одобрение пациентами изменений в состоянии своего здоровья в результате полученной медицинской помощи.

Укрепление здоровья (health promotion) — политика и стратегия государства, общества, служб здравоохранения по улучшению состояния здоровья населения, повышению качества его жизни, профилактике заболеваний и несчастных случаев, а также деятельность самого населения по контролю за своим здоровьем и повышению его уровня.

Улучшение качества (quality improvement) — достижение или процесс достижения нового, более высокого уровня качества медицинской помощи путем проведения мероприятий по повышению результативности деятельности организации (учреждения).

Унитарное предприятие — коммерческая организация, не наделенная правом собственности на закрепленное за ней собственником имущество.

Управление — функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

Управление качеством (quality management) медицинской помощи — организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых

потребностей населения в медицинской помощи и удовлетворения потребителей.

Управление результатами (outcomes management) — целенаправленное воздействие на ресурсы (структуру) и технологию (процессы) для изменения результатов.

Управленческая деятельность — совокупность действий субъекта управления, направленная на изменение объекта управления в заданном направлении. Включает в себя: постановку целей, сбор и анализ информации, оценку проблемной ситуации, организацию системы управления, подготовку и принятие управленческого решения, осуществление контроля и оценку эффективности реализации принятого решения.

Управленческая ситуация — сочетание условий и обстоятельств, создающих определенную обстановку (внешнюю среду), в которой вырабатывается управленческое решение.

Управленческое решение — директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели.

Управляющий (manager, decision-maker) — лицо, принимающее решения, приводящие к управляющим воздействиям на объект управления, желательно научно обоснованные, а не волевые и императивные.

Упущенная выгода — неполученные доходы, которые лицо, чье право нарушено, получило бы при обычных условиях осуществления деятельности.

Урбанизация (от латинского *urbs* — город) — процесс повышения роли городов в развитии общества.

Уровень жизни населения — совокупность условий жизни населения, которые соответствуют достигнутому уровню экономического развития и характеризуются величиной среднедушевого дохода, величиной и структурой потребительских расходов, величиной прожиточного минимума.

Условия жизни — объективная сторона жизни человека, которая сопутствует и определяет образ жизни индивидуума, отдельных групп населения и популяции в целом и влияет на их здоровье.

Услуга — вид деятельности, как специфическая форма отношения человека к окружающему миру, в процессе которой не создается новый, ранее не существовавший материально-вещественный продукт. Это благо, предоставляемое не в виде вещей, а в форме деятельности, в результате которой удовлетворяются как материальные, так и духовные потребности людей.

Учетная политика организации здравоохранения — выбор организацией вариантов учета и оценки объектов учета, по которым разрешена вариантность, а также формы, техники ведения и организации бухгалтерского учета исходя из установленных допущений, требований и особенностей своей деятельности (организационных, технологических, а также численности и квалификации учетных кадров, уровня технического оснащения учетных работников и др.).

Фактор — причина какого-либо процесса или явления, определяющая его характер или отдельные черты.

Факторы риска (risk factors) — потенциально опасные для здоровья факторы биологического, генетического, экологического, социального, поведенческого характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

Факторы, влияющие на здоровье — политические, социальные, экономические, экологические, производственные, бытовые, медицинские и другие условия и обстоятельства, оказывающие влияние на здоровье индивидуума, группы, популяции.

Фармакоэкономика — один из разделов экономики здравоохранения, основанный на современной методологии клинико-экономического анализа качества и стоимости лекарственного и нелекарственного лечения с учетом его влияния на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни населения, сбережение ресурсов общества.

Фармакоэкономический анализ (pharmacoeconomic analysis) — анализ результативности затрат в приложении к лекарственным средствам.

Фармакоэпидемиология (pharmacoepidemiology) — наука, изучающая применение эпидемиологических методов к изучению благоприятных и нежелательных эффектов от применения лекарств.

Федеральный и территориальные фонды ОМС — самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

Фетоинфантильные потери — потери, наступившие в результате мертворождаемости и смертности детей в возрасте до 1 года (младенческой смертности).

Физическое развитие — комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих массу, плотность, форму тела, его структурно-механические качества и выражающихся запасом его физических сил.

Финансирование — способ предоставления физическому или юридическому лицу денежных средств для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Финансовая политика — совокупность форм, методов и инструментов регулирующего воздействия на социально-экономические процессы, связанные с реальным денежным оборотом.

Финансовая система — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства, которая включает в себя финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансовые ресурсы — совокупность всех видов денежных средств, находящихся в распоряжении экономического субъекта (предприятия, организации, отрасли, региона, государства) и являющихся результатом взаимодействия поступления, распределения и расходования денежных средств.

Финансовый контроль в системе здравоохранения — контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Финансы — специфическая сфера экономических отношений, которые определяются движением денег, в основе которых лежат сложнейшие процессы, происходящие в результате создания, распределения, обмена и использования ВВП и национального дохода.

Фокус — методика для выявления точек зрения людей с помощью групповой дискуссии, которую проводит ведущий (модератор) по заранее подготовленному сценарию.

Фонд социального страхования Российской Федерации (social insurance fund of Russian Federation) — специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, основными задачами которого являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих и др.

Целевые медицинские осмотры — осмотры с целью раннего выявления определенных заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболеваний и др.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Цель — это идеальное, мысленное предвосхищение результата деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств.

Цена — сумма денег, за которую "покупатель" может купить, а "продавец" готов продать товар или медицинскую услугу.

Цена предложения — рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца.

Цена спроса — такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя.

Централизация (centralization) — сосредоточение или концентрация функций управления в центре системы.

Централизованное планирование (centralized planning) — планирование, осуществляемое сверху вниз по определенным правилам и направленное на устранение имеющихся различий среди получателей ресурсов.

Шансы (odds) — отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет.

Шкала — упорядоченная балльная структура опросника, позволяющая дать количественную оценку изучаемого явления.

Шкала регрессии — шкала, отражающая отклонение величин результативного признака от среднего его значения, находящегося на линии регрессии.

Эвтаназия (euthanasia) — предоставление человеку с неизлечимой или смертельной болезнью (состоянием) возможности умереть посредством отказа от специальных мер, поддерживающих жизнь человека, или преднамеренного вмешательства с целью ограничения жизни индивидуума.

Экологическая модель здоровья: экология здоровья (ecological public health) — понятие общественного здоровья, учитывающее взаимное влияние окружающих социально-экономических, политических, культурных и индивидуальных и других факторов на физическое, психическое и социальное здоровье.

Эконометрия — отрасль экономической науки, занимающаяся разработкой и применением экономико-статистических и математических методов анализа экономических процессов, обработки статистической экономической информации.

Экономика — общественная наука, которая способствует решению хозяйственных, социальных и политических проблем, встающих перед обществом и человеком в частности.

Экономика здоровья — методология оценки качества медицинской помощи, включая профилактику, диагностику, лече-

ние, реабилитацию, на основе взаимосвязанного клинико-экономического анализа.

Экономика здравоохранения (health care economics) —

- отраслевая экономическая наука, изучающая экономические законы взаимодействия здравоохранения с экономикой всей страны, а также формирование, распределение и использование в здравоохранении материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов в целях сохранения и укрепления здоровья населения;
- отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, а также различных условий и факторов, влияющих на уровень удовлетворения потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья;
- комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области охраны здоровья населения.

Эксперт — лицо, выносящее экспертное заключение; специалист, владеющий методологией проведения экспертизы, чья высокая квалификация документально подтверждена и признана коллегами.

Экспертиза (expertise) — проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениям в виде руководств, экспертных мнений, норм и нормативов, проводимая признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов; вынесение заключения об особенностях какого-либо явления или процесса.

Экспертиза временной нетрудоспособности — вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза трудоспособности — определение на основании медицинских и социальных критериев возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности.

Эпидемиологические методы изучения заболеваемости — методы, с помощью которых можно установить причинно-следственные связи путем проверки гипотез о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения с целью принятия управленческих решений в сфере общественного здравоохранения.

Эпидемиологический анализ — совокупность методов изучения особенностей эпидемического процесса с целью выяс-

нения причин, способствующих распространению данного явления на данной территории, и разработки практических рекомендаций по его оптимизации.

Эпидемиологическое обследование (epidemiological survey) — обследование с целью выяснения степени распространения болезни (частоты случаев) и закономерностей развития изучаемого заболевания.

Эпидемиология (epidemiology) — наука о причинах и закономерностях возникновения и распространения патологических процессов, болезней или физиологических состояний в обществе, использующая эпидемиологические методы исследования.

Эпидемиология инфекционных заболеваний — наука, изучающая закономерности эпидемического процесса, причины возникновения и распространения инфекционных заболеваний с целью разработки мер борьбы, предупреждения и ликвидации этих болезней.

Эпидемиология общественного здоровья (социальная эпидемиология) — раздел дисциплины "общественное здоровье и здравоохранение", изучающий закономерности здоровья во времени, в пространстве, среди различных групп населения в связи с воздействием условий и образа жизни, факторов внешней среды с целью разработки мер медико-социального и организационного характера, направленных на улучшение показателей общественного здоровья.

Этика — система норм и правил нравственного поведения человека, общественной или профессиональной группы.

Этика медицинская — разновидность профессиональной этики, конкретизирующая общеэтические принципы и нормы применительно к специфике медицинской деятельности.

Эффект ярлыка (labeling) — психологическое воздействие результатов теста или диагноза на пациента — участника скрининга.

Эффективность (effectiveness) — отношение результатов, выраженных в определенных показателях (медицинских, социальных и экономических) к произведенным затратам (плата за результат).

Ювенология — наука о становлении и взрослении человека как живого организма с развитым мышлением, формировании его как полноценного члена общества посредством воспитания, образования, социализации.

Юридическое лицо — организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, а также может от своего имени при-

обретать и осуществлять имущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

Ятрогенные заболевания — расстройства, нередко психогенные, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильных, неосторожных высказываний, действий и др.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Андриенко Е. В.* Социальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. А. Слостенина. — М.: Изд. центр "Академия", 2002. — 264 с.
2. *Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В.* Управление и экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под ред. А. И. Вялкова. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — 328 с. — (Серия "XXI век").
3. *Герасименко Н. Ф., Максимов Б. П.* Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 512 с.
4. *Денисов И. Н., Мовшович.* Общая врачебная практика: внутренние болезни — интернология. Практическое руководство. — М.: ГОВ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 496 с.
5. *Кнорринг В. И.* Теория, практика и искусство управления: Учебник для вузов по специальности "Менеджмент". — 2-е изд., изм. и доп. — М.: Изд-во НОРМА (Изд. группа НОРМА-ИНФРА-М), 2001. — 528 с.
6. *Лисицын Ю. П., Полунина Н. В.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: Медицина, 2002. — 416 с. — (Учеб. лит. для студентов мед. вузов).
7. *Львов Д. С.* Развитие экономики России и задачи экономической науки / Отделение экон. РАН. — М.: ОАО "Издательство "Экономика", 1999. — 79 с.
8. *Маркетинг: новые возможности* / Джонатан Гэбэй; Пер. с англ. К. Ткаченко. — М.: ФАИР_ПРЕСС, 2002. — 368 с.
9. *Медик В. А.* Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. — М.: Медицина, 2003. — 512 с.
10. *Медик В. А., Токмачев М. С., Фишман Б. Б.* Статистика в медицине и биологии: Руководство: В 2-х т. / Под ред. Ю. М. Комарова. — Т. 1. Теоретическая статистика. — М.: Медицина, 2000. — 412 с.
11. *Медик В. А., Токмачев М. С., Фишман Б. Б.* Статистика в медицине и биологии: Руководство: В 2-х т. / Под ред. Ю. М. Комарова. — Т. 2. Прикладная статистика здоровья. — М.: Медицина, 2001. — 352 с.
12. *Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — М.: Дело, 2002. — 704 с.
13. *Миляков Н. В.* Финансы: Курс лекций. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 432 с. — (Серия "Высшее образование").
14. *Мищенко В. В.* Государственное регулирование экономики: Учеб. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 480 с. — (Серия "Высшее образование").
15. *Мэнкью Н. Г.* Принципы экономикс. — 2-е изд., сокращ. — СПб.: Питер, 2003. — 496 с. — (Серия "Учебники").
16. *Найбороденко Н. М.* Прогнозирование и стратегия социального развития России. — 2-е изд. — М.: Издательско-книготорговый центр "Маркетинг", 2003. — 352 с.
17. *Носова С. С., Талахадзе А. А.* Экономика: Базовый курс лекций для вузов. — М.: Гелиос АРВ, 2001. — 640 с.
18. *Правовые основы здравоохранения в России* / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 212 с. — (Медицина и право).

19. *Прогнозирование и планирование в условиях рынка: Учеб. пособие для вузов* / Т. Г. Морозова, А. В. Пикулькин, В. Ф. Тихонов и др.; Под ред. Т. Г. Морозовой, А. В. Пикулькина. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. — 318 с.
20. *Прогнозирование и планирование экономики: Учеб. пособие* / В. И. Борисевич, Г. А. Кандаурова, Н. Н. Кандауров и др.; Под общ. ред. В. И. Борисевича, Г. А. Кандауровой. — Минск: Интерпрессервис; Экоперспектива, 2001. — 380 с.
21. *Райзберг Б. А., Лобко А. Г. Программно-целевое планирование и управление: Учебник.* — М.: ИНФРА-М, 2002. — 428 с. — (Серия "Высшее образование").
22. *Решетников А. В. Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: Руководство: В 3-х т.* — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — Т. 3. — 696 с.
23. *Робинс Стивен П., Коултер Мэри. Менеджмент: Пер. с англ.* — 6-е изд. — М.: Изд. дом "Вильямс", 2002. — 880 с.
24. *Серегина С. Ф. Роль государства в экономике. Синергетический подход.* — М.: Изд-во "Дело и Сервис", 2002. — 288 с.
25. *Теория маркетинга* / Под ред. М. Бейкера. — СПб.: Питер, 2002. — 464 с. — (Серия "Маркетинг для профессионалов").
26. *Управление здравоохранением: Учебник* / Под ред. В. З. Кучеренко. — М.: ТЕИС, 2001. — 448 с.
27. *Управление современной компанией: Учебник* / Под ред. проф. Б. Мильнера и проф. Ф. Лииса. — М.: ИНФРА-М, 2001. — XVIII, 586 с.
28. *Фатхутдинов Р. А. Управленческие решения: Учебник.* — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 314 с. — (Серия "Высшее образование").
29. *Федько В. П., Федько Н. Г. Основы маркетинга.* — (Серия "Учебники Феникса"). — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 480 с.
30. *Холл Р. Х. Организации: структуры, процессы, результаты.* — СПб.: Питер, 2001. — 512 с. — (Серия "Теория и практика менеджмента").
31. *Шамигурина Н. Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения.* — М.: МЦФЭР, 2001. — 278 с.
32. *Щепин О. П. и др. Фундаментальные основы политики здравоохранения.* — М., 1999. — 397 с.
33. *Экономическая статистика: Учебник* / Под ред. Ю. Н. Иванова. — 2-е изд., доп. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 480 с. — (Серия "Высшее образование").
34. *Экономическая теория: Учебник* / Под общ. ред. акад. В. И. Видяпина, А. И. Добрынина, Г. П. Журавлевой, Л. С. Тарасевича. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 714 с. — (Серия "Высшее образование").
35. *Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов, интернов, аспирантов, ординаторов.* — СПб.: ООО "Издательство "Петрополис", 2000. — 914 с.

Учебное пособие

Валерий Алексеевич МЕДИК

Вадим Кузьмич ЮРЬЕВ

**КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ
ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

Часть III. Экономика и управление здравоохранением

Редактор *М. Н. Ланцман*

Корректор *Т. А. Кузьмина*

Компьютерная верстка *А. В. Чирков*

ЛР № 010215 от 29.04.97. Сдано в набор 07.01.2003. Под-
писано к печати 10.10.2003. Формат бумаги 60 × 90¹/₁₆.
Бумага офсетная № 1. Гарнитура Таймс. Печать оф-
сетная. Усл. печ. л. 24,5. Уч.-изд. л. 25,8. Тираж 3000 экз.
Заказ № 0310060.

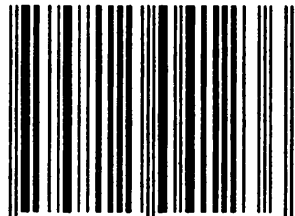
Ордена Трудового Красного Знамени
издательство "Медицина".
101990, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Издательство ЗАО "Шико".
101990, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Ярославский полиграфкомбинат»
150049, Ярославль, ул. Свободы, 97.



ISBN 5-225-04123-X



9 785225 041236 >