

В.М. Чернышев,
О.В. Пушкарёв, О.В. Стрельченко

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	7
Глава 1. Общие понятия об экономических методах управления в здравоохранении	11
1.1. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы	11
1.2. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении.	21
1.3. Роль экономических методов управления здравоохранением на региональном уровне и отдельных медицинских организаций	35
1.4. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений.	53
Глава 2. Финансирование учреждений здравоохранения	64
2.1. Опыт реформирования бюджетной модели финансирования здравоохранения	68
2.2. Обзор современных форм финансирования медицинских организаций	71
2.3. Методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.	74
2.4. Методы оплаты стационарной помощи	91
Глава 3. Оплата деятельности структурных подразделений медицинских организаций.	108
3.1. Общие положения	108
3.2. Особенности движения финансовых средств в различных учреждениях здравоохранения.	132
Глава 4. Оплата труда медицинских работников в современных условиях	141
4.1. Мотивация эффективного труда.	141
4.2. Разработка модели системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников.	158
4.3. Эффективный контракт как основа совершенствования оплаты труда в здравоохранении	164
4.4. Подрядные формы организации и оплаты труда	181

Глава 5. Экономический анализ в здравоохранении	205
5.1. Взаимосвязь понятий эффективности и качества	207
5.2. Виды экономического анализа в здравоохранении	213
5.3. Критерии и методы оценки эффективности в здравоохранении (макроэкономические аспекты)	221
5.4. Человеческий капитал как критерий интегральной оценки экономической эффективности системы здравоохранения	250
5.5. Экономический анализ медицинской организации: микроэкономические аспекты	274
5.6. Анализ точки безубыточности как важнейший элемент экономической оценки медицинской услуги	296
5.7. Основные показатели финансового состояния предприятия здравоохранения и показатели его медико-технологической оснащенности	302
Содержание некоторых понятий и терминов, встречающихся в тексте	312
Список литературы	321
Приложения	331
Предметный указатель	373

Глава 1

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕТОДАХ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Незнание экономических законов
не освобождает от ответственности.

Савелий Цыпин

1.1. ОСОБЕННОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Процесс управления здравоохранением — это «деятельность объединенных в определенную систему субъектов управления, направленная на достижение целей путем реализации определенных функций с использованием методов управления» (Гольдштейн Г.Я., 1997). Управленческое решение в здравоохранении — центральный регулирующий момент всего процесса реализации государственных целевых медицинских программ. И при подготовке решения, и при выборе альтернатив экономические методы управления, результаты оценки медико-экономической эффективности деятельности различных иерархических уровней системы здравоохранения являются основополагающими. Экономика здравоохранения исследует проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов и управления ими в целях достижения минимума потерь капитала здоровья населения.

Длительное время управление системой отечественного здравоохранения основывалось преимущественно на прямом администрировании, а роль экономических методов управления практически игнорировалась. Финансирование отрасли традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения (кочный фонд, число медицинских работников и т.д.), а не на конечных

результатах работы. МО ориентировались только на систему нормативов, доводимых органами управления здравоохранением, и были лишены экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества медицинской помощи.

Преобладание чисто административных методов управления в сочетании с финансированием на основе ресурсных показателей стало основой экстенсивного развития здравоохранения. Вместо полноценного ресурсного обеспечения каждого случая оказания медицинской помощи скудные финансовые средства расходовались на содержание все расширяющейся сети медицинских учреждений. Экстенсивное развитие было возможно только во внерыночных условиях, когда основная часть вводимых в оборот ресурсов обходилась отрасли сравнительно недорого, но приводило к увеличению доли нерационально используемых средств на содержание избыточных мощностей. В условиях рынка возможности содержания сети МО оказались исчерпанными. Отсутствие экономических методов управления лишило систему управленческой информации для оценки и выбора альтернатив — строить или реконструировать больницу, лечить пациента в стационаре или амбулаторно, принять на работу нового врача или больше заплатить уже работающему. Подобная система не содержит экономических стимулов к поиску новых типов медицинских учреждений, альтернативных форм оказания медицинской помощи. Это приводит к большим медицинским, социальным и экономическим потерям. Отсутствие экономических стимулов в сочетании с недостаточным финансированием отрасли и слабой технической оснащенностью МО ведет к дефициту многих медицинских услуг и низкому качеству медицинской помощи в системе общественного здравоохранения.

Первые попытки использования экономических методов управления приходятся на середину 1980-х гг., когда в Горьковской областной больнице проводился эксперимент по внедрению бригадного подряда, а в конце того же десятилетия в нескольких регионах России стартовал так называемый новый хозяйственный механизм. Впервые за много десятилетий была предпринята попытка оплачивать не вложенные ресурсы, а конечные результаты деятельности МО. Прямое распределение ресурсов

на основе административных методов и диктат органов управления уступили место договорным отношениям между субъектами системы здравоохранения. Поликлиника стала центральным звеном в системе экономических отношений, действуя на основе метода взаиморасчетов со стационарами и другими звеньями оказания медицинской помощи. Однако сфера действия нового хозяйственного механизма ограничилась лишь несколькими регионами России. Система не получила ожидаемой финансовой подпитки, необходимой для реализации новых методов управления. Имело значение и то, что новая система экономических отношений в сущности не получила поддержки большинства территориальных органов управления здравоохранением и отраслевой науки. Слабые стороны реформы были использованы для ее дискредитации и сдерживания распространения положительного опыта. При этом многие отечественные и зарубежные исследователи отмечали и до сих пор признают оригинальность идеологии и достаточно высокий уровень методической подготовки нового хозяйственного механизма.

В 1993 г. начался новый этап реформы отрасли, связанный с переходом на обязательное медицинское страхование (ОМС). В ходе этого процесса активно утверждаются экономические методы управления. Сфера прямого администрирования постепенно сужается, уступая место договорным отношениям между страховщиками и медицинскими учреждениями. Получают распространение новые методы оплаты и независимая экспертиза качества медицинской помощи. Однако масштабы преобразований, на наш взгляд, остаются незначительными. Ожидания, связанные с переходом на ОМС, оказались пока нереализованными.

Переход на ОМС способствовал активизации научных исследований в области управления и финансирования здравоохранения. Этим вопросам посвящены работы Н.Ф. Герасименко, В.В. Гришина, Р.М. Зельковича, Л.Е. Исаковой, Ю.М. Комарова, В.П. Корчагина, В.З. Кучеренко, А.Л. Линденбратена, Т.Н. Макаровой, В.И. Стародубова, В.М. Чернышева, В.И. Шевского, О.П. Щепина и ряда других авторов. В большинстве этих работ проводится мысль о необходимости реструктуризации здраво-

охранения, главным образом, на основе экономических методов управления.

Ключевой вопрос реформирования системы управления здравоохранением — *соотношение классического планового начала и экономических регуляторов развития здравоохранения*. Анализ этого соотношения часто подменяется либо либеральной рыночной риторикой с акцентом на функционирование конкурирующих негосударственных МО, либо констатацией факта незначительной роли экономических регуляторов в определении объемов и структуры помощи населению. По мнению ряда исследователей, центральный тезис системы экономического регулирования в здравоохранении — необходимость перехода от принципа содержания МО к принципу договорных отношений между потребителем и поставщиком медицинских услуг на основе государственного регулирования спроса и предложения ресурсов здравоохранения и планирования объемов медицинской помощи.

В большинстве экономически развитых стран также предпринимаются активные попытки сочетать централизованное регулирование и экономические методы управления в здравоохранении. Рост государственных расходов на здравоохранение длительное время рассматривался как один из важнейших признаков повышения уровня жизни населения. Уровень финансирования здравоохранения из общественных источников в некоторых развитых странах достиг 8–13% валового внутреннего продукта (ВВП). Но уже в конце прошлого века стали возникать серьезные сомнения по поводу эффективности использования этих средств. Было показано, что основные показатели общественного здоровья (общий коэффициент смертности, ожидаемая продолжительность жизни и т.д.) линейно зависят от удельных расходов на здравоохранение лишь на определенном участке. В дальнейшем наблюдается значительное замедление приращений показателей при росте удельных расходов и выход на фазу плато, то есть отсутствие изменения показателей при росте удельных расходов (рис. 1.1, 1.2).

В ряду конкретных проявлений недостаточно высокой эффективности разными исследователями называется слишком высокая доля затрат на стационарную помощь, чрезмерное использова-

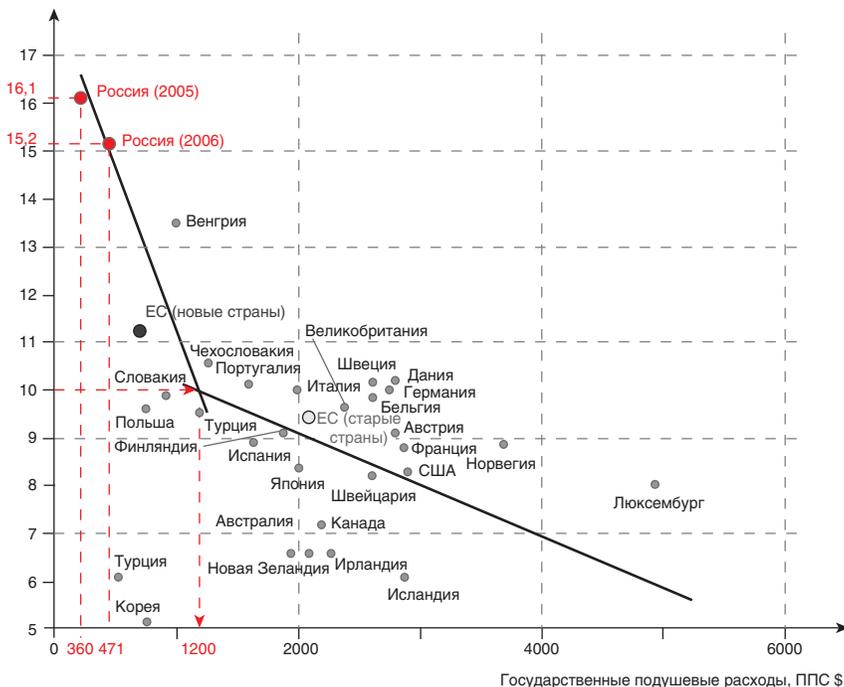


Рис. 1.1. Общий коэффициент смертности в зависимости от государственных расходов на здравоохранение

ние дорогих лекарственных средств и сложных высокзатратных медицинских технологий, высокая длительность госпитализации и т.д. В 2008 г. О.В. Пушкарев математически обосновал наличие предельного уровня финансирования, при превышении которого дальнейший популяционный эффект здравоохранения не возрастает.

В середине 90-х гг. прошлого века правительства большинства экономически развитых стран поставили задачу сдерживания затрат на здравоохранение (*cost containment*). Более конкретно эта задача формулируется как *достижение более значительного прироста показателей здоровья населения на единицу затрачиваемых ресурсов*, то есть, задача сдерживания затрат, по сути дела, трансформируется в *стратегию повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения*.

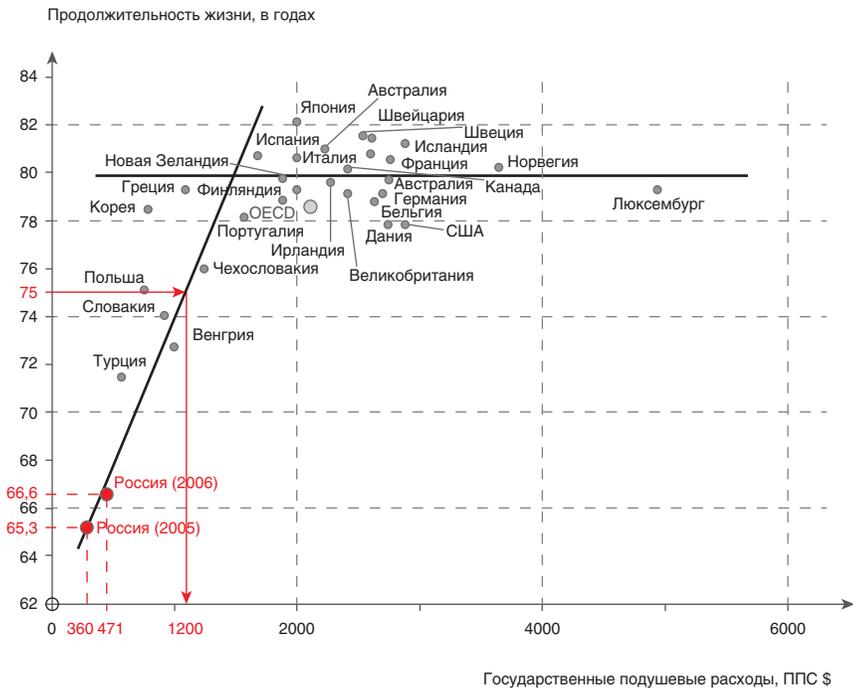


Рис. 1.2. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от государственных расходов на здравоохранение

На первый взгляд, проблема сдерживания затрат неактуальна для российского здравоохранения, десятилетиями находящегося в условиях дефицитного финансирования. По существу же, это наша проблема, поскольку в основе ее лежит экономически необоснованный механизм управления и финансирования здравоохранения. В условиях дефицита средств особенно важно эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Принцип содержания сети МО, распределение части ресурсов вне связи с результатами деятельности, игнорирование современных методов финансового планирования — эти и многие другие характеристики являются рудиментами административно-командной системы управления отраслью. Консервация сложившихся подходов к управлению и финансированию отрасли делает проблему дефицита средств неразрешимой и при более благоприятной экономической ситуа-

ции. Именно поэтому поиск новых форм экономических методов управления отраслью весьма актуален и для российского здравоохранения.

По нашему мнению, решение проблемы оптимизации деятельности системы здравоохранения на всех уровнях требует *внедрения системы экономических методов управления с обязательным учетом специфики здравоохранения как объекта экономического регулирования.*

Часть медицинских услуг обладает свойствами так называемых общественных товаров. Экономическая теория выделяет особый тип результатов хозяйственной деятельности — общественные блага (*public goods*). Им свойственны две характеристики, отличающие их от товаров индивидуального потребления. Во-первых, они являются объектом коллективного потребления. Это означает, что потребление услуг одним человеком не уменьшает ресурсы потребления, доступные другим членам общества. Во-вторых, на общественные блага, в отличие от благ индивидуального потребления, не распространяется принцип исключения других лиц из процесса потребления. Например, санитарно-гигиенические мероприятия неизбежно становятся достоянием больших групп населения. Возникает эффект транспортного зайца (*free rider*): люди получают блага, но не платят за них. Ясно, что такая ситуация не устраивает потенциальных предпринимателей: они вкладывают свои средства, но не могут рассчитывать на их отдачу. Именно поэтому ставка на рыночный механизм неизбежно порождает дефицит благ, имеющих подобные свойства.

Следует, однако, признать, что свойства общественного товара лишь в малой степени объясняют нарушение рыночного механизма в здравоохранении, поскольку они присущи относительно небольшой части медицинских услуг. Услуги по лечению конкретных заболеваний не наделены характеристиками общественного товара: их потребление строго индивидуально и не имеет внешнего эффекта. Кроме того, службы, ориентированные на обслуживание коллективных потребностей, занимают относительно небольшое место в составе здравоохранения. Большее значение имеют другие характеристики здравоохране-

ния. Они и определяют отклонения от классической рыночной модели. Экономическая теория определяет эти отклонения как ошибки рынка (*market failures*).

Неопределенность. Наступление болезни, которое определяет спрос на медицинские услуги (кроме диспансеризации и вакцинации), сложно предсказать. Можно в принципе предсказать уровень заболеваемости на основании ретроспективных данных для группы населения, но это сложно сделать для каждого отдельного больного. Возникают и серьезные финансовые проблемы — болезнь ведет к риску потери трудоспособности и, соответственно, способности заработать. Медицинские услуги — товар дорогостоящий, требующий значительных финансовых затрат. Можно попытаться накопить средства на случай наступления болезни, но нельзя быть до конца уверенным, что успеешь это сделать. Отсутствие знаний о будущем приводит к тому, что пациенты не знают, когда и сколько медицинских услуг им потребуются, какова вероятность результатов различных видов лечения. Часто они потребляют медицинские услуги в состоянии, когда не способны собрать необходимую информацию и сделать правильные выводы. К тому же, так как болезнь в ряде случаев является разовой ситуацией, больной не имеет возможности использовать свой опыт, который помог бы ему сделать рациональный выбор.

Асимметрия информации. Ситуация асимметрии информации складывается, когда на рынке одна из сторон объективно имеет больше информации, чем другая. На рынке медицинских услуг явное преимущество имеют врачи, причем как на стороне спроса, так и на стороне предложения. Они и оказывают медицинские услуги, и определяют, сколько их нужно пациенту. Именно врач принимает решение о лекарственных средствах, о необходимости того или иного вида лечения и т.д. Именно поэтому в результате пациент выбирает не медицинскую услугу как таковую, а врача, и сам не решает, сколько медицинских услуг ему необходимо. Более того, потребитель зачастую не способен оценить медицинскую услугу даже после ее получения. Он некомпетентен покупать товар, который сложен и обычно потребляется нерегулярно. Следовательно, потребитель медицинской услуги не обладает

полной информацией, необходимой ему для того, чтобы сделать рациональный выбор, а часто он просто не в состоянии его сделать. Эта информационная асимметрия производителя и потребителя медицинских услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения. Международные сравнения свидетельствуют о том, что в странах, где амбулаторная помощь оплачивается за каждую отдельную услугу (гонорарный принцип), объем этих услуг заметно выше, чем в странах, использующих подушевой норматив финансирования для амбулаторного звена и оплату согласованного объема стационарной помощи.

Низкая эластичность спроса на медицинские услуги. Потребители определенных медицинских услуг обычно слабо реагируют на изменение цен. Рост цены не приводит к адекватному снижению потребления, и наоборот, снижение цены не ведет к соответствующему росту потребления, хотя могут быть вариации в зависимости от вида медицинской услуги. Таким образом, неэластичный по цене спрос на медицинские услуги в целом объясняет, почему у тех, кто оказывает медицинские услуги, возникает сильный стимул к повышению цен.

Решение, предлагаемое в большинстве систем здравоохранения, — это *страхование*, то есть объединение рисков на основе предоплаты. Однако анализ показывает, что частное медицинское страхование, в свою очередь, порождает ряд проблем, например, в сфере финансирования возникает третья сторона (страховая компания). Это ведет к тому, что потребитель предъявляет чрезмерный спрос, что, в свою очередь, приводит к росту затрат и для потребителей, и для производителей. Этот феномен получил название «моральная опасность» (*moral hazard*).

Таким образом, медицинские услуги минимально соответствуют требованиям чисто рыночной эффективности. Асимметрия информации, неопределенность, оплата третьей стороной и технические проблемы с частным медицинским страхованием создают серьезные проблемы на гипотетических рынках как на стороне спроса, так и предложения. Из этого следует важный вывод: *специфика рынка медицинских услуг определяет противоречие между локальной и структурной эффективностью.* Локальная (внутренняя) эффективность характеризует результаты использования

ресурсов в конкретной МО. Структурная эффективность характеризует результаты использования ресурсов в системе здравоохранения в целом. Известный американский экономист П. Друкер определил различие между двумя понятиями эффективности следующим образом: «Локальная эффективность — это умение делать вещи нужными методами. Структурная эффективность — это способность делать нужные вещи».

В условиях, когда решения об объеме и составе услуг принимают сами их производители, оплата деятельности медиков за конкретную услугу ведет к увеличению объема услуг в расчете на единицу затраченных ресурсов. Локальная эффективность функционирования МО повышается. Что же касается структурной эффективности, то рыночные механизмы не обеспечивают ее автоматического повышения. Заинтересованность конкретного МО в наращивании объема своих услуг отнюдь не всегда ведет к повышению конечных результатов работы системы в целом. Например, стационар наращивает объем случаев, не требующих стационарного лечения, и при этом загружает свои мощности (ситуация весьма характерная для работы в системе государственного и муниципального заказа на оказание медицинской помощи). В этом случае возникает противоречие между интересами стационара и системы в целом: растет внутренняя эффективность работы стационара, но при этом распределение ресурсов становится все более затратным, усиливаются структурные диспропорции.

Перечисленные факторы ограничивают возможности автоматической «рыночной самонастройки» в сфере здравоохранения. Отсюда возникает необходимость в использовании более сложных экономических механизмов управления по сравнению с другими отраслями рыночной экономики. Для достижения целей охраны здоровья населения необходимо усилить роль планового начала в формировании рациональной системы оказания медицинской помощи. Рыночные механизмы должны быть органично встроены в систему государственных планов функционирования отрасли. Формой сочетания планового начала и рыночных регуляторов является *система экономических отношений в здравоохранении, описываемая моделью регулируемого рынка*.

1.2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МОДЕЛИ РЕГУЛИРУЕМОГО РЫНКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В основе модели регулируемого рынка в здравоохранении лежат следующие основные положения.

1. Государственный или иной орган, отвечающий за финансирование общественного здравоохранения (далее — финансирующая сторона), превращается в *покупателя медицинской помощи*. В этой своей роли финансирующая сторона отражает интересы населения и вступает в договорные отношения с любыми МО, медицинскими организациями и индивидуальными медицинскими практиками (поставщиками медицинских услуг), обеспечивающими выполнение требований в отношении объема, доступности и качества медицинской помощи. Принцип содержания подведомственных учреждений уступает место принципу договорных отношений между заказчиком и исполнителем. Подавляющая часть финансовых ресурсов здравоохранения реализуется через систему договорных отношений с поставщиками медицинских услуг.
2. Органы управления здравоохранением на федеральном, региональном и муниципальном уровнях разрабатывают и осуществляют политику в области охраны здоровья населения. Центральным звеном этой политики является *обеспечение макроравновесия в системе, то есть сбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления медицинской помощи населению с имеющимися финансовыми ресурсами*. Это предполагает усиление планового и регулирующего начала в деятельности центральных и региональных органов управления и финансирования здравоохранения.
3. Действуя в рамках государственной политики обеспечения макроравновесия, *покупатели медицинской помощи планируют объем и структуру медицинской помощи*. Планы трансформируются в конкретные заказы медицинским организациям, реализуемые на договорной основе. Оплата деятельности МО осуществляется преимущественно за согласованные объемы медицинской помощи.