

Т.К. Рахыпбеков

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

**ТРЕТЬЕ ИЗДАНИЕ,
ДОПОЛНЕННОЕ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия
для студентов учреждений высшего профессионального
образования, обучающихся по специальности «Общественное
здравоохранение»

Регистрационный номер рецензии 380 от 9 июля 2012 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2012

УДК 005.915:61(574)(075.8)

ББК 65.495-93(5Каз)я73

Р27

Рецензенты: директор Института общественного здравоохранения АО МУА, д-р мед. наук, проф. О.Т. Жузжанов; директор Павлодарского филиала ГМУ г. Семей, д-р мед. наук, проф. С.Б. Имангазинов.

Рахыпбеков, Т. К.

Р27 Финансовый менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности «Общественное здравоохранение»/ Т. К. Рахыпбеков. — 3-е изд., доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 312 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-2184-0

В пособии описаны реформы системы здравоохранения Казахстана, роль информационных систем в управлении финансовыми ресурсами. На основании организационного эксперимента проводится анализ альтернативных методов оплаты медицинских услуг, модель развития семейной медицины. На примере анализа финансовой состоятельности объекта здравоохранения предполагается приобретение практических навыков по учету затрат и анализу финансовой отчетности.

Учебное пособие рекомендуется студентам, слушателям последипломной подготовки, изучающим экономику и менеджмент в здравоохранении, преподавателям, а также финансовым и нефинансовым менеджерам здравоохранения.

УДК 005.915:61(574)(075.8)

ББК 65.495-93(5Каз)я73

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Рахыпбеков Т.К., 2012

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,

ISBN 978-5-9704-2184-0

оформление, 2012

Раздел 1

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РЕФОРМИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Средств на здравоохранение всегда
будет недостаточно.*

1.1. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РЕФОРМИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Интерес к реформам здравоохранения в настоящее время возрастает как в бедных странах, перед которыми стоит задача сохранить службы здравоохранения в эпоху глобального экономического упадка и структурных изменений, так и в странах с более высоким уровнем доходов, принимающих меры по ограничению затрат на медицинское обслуживание, которые растут быстрее, чем валовой национальный продукт.

В настоящее время, характеризующееся как период перехода экономики к рыночным отношениям, проблема охраны здоровья приобретает большую актуальность. При этом узловым моментом становится вопрос финансирования здравоохранения. Налаживание справедливого и сбалансированного финансирования системы медицинского обслуживания при наличии ограниченных ресурсов является одной из главных задач национального политического руководства.

В условиях перехода к рыночным отношениям по всей системе здравоохранения проводится экономическая реформа. Цель этой реформы — переход от административного метода управления к экономическому. Цель финансовой реформы здравоохранения заключается в поиске путей оказания высококвалифицированной и качественной медицинской помощи и улучшении функционирования отрасли. В центре внимания экономической реформы находятся децентрализация управ-

ления и финансирования, а также развитие самостоятельности местных органов и учреждений. Быстрое развитие информационных систем способствовало повышению технических возможностей осуществления децентрализации, которую можно определить как передачу полномочий власти в области государственного планирования, управления и принятия решений с национального на субнациональный уровень.

Существует четыре основных источника средств для финансирования медицинского обслуживания: *налогообложение, взносы в систему социального страхования, взносы на добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения*. Эти четыре источника можно классифицировать как обязательные или законодательно установленные системы (социальное медицинское страхование и налогообложение) или как добровольные системы (добровольное страхование и прямые платежи). Многие системы здравоохранения в Европейском регионе опираются на сочетание всех четырех источников. Тем не менее в Европейском регионе можно выделить пять категорий стран, сгруппированных по признаку преобладающего вида законодательно установленного типа механизма финансирования, который характеризует их систему здравоохранения, или по признаку преобладающей системы законодательно установленного финансирования, которую они хотели бы развивать.

- Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка (т.е. преимущественно на медицинском страховании), с уже сформировавшейся системой финансирования.
- Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка, но находящиеся в переходной стадии.
- Системы здравоохранения, основанные на модели Бевериджа (т.е. преимущественно на общем бюджетном источнике), с уже сформировавшейся системой финансирования.
- Системы здравоохранения, относительно недавно ставшие преобразовываться из преимущественно страховых в преимущественно бюджетные и, следовательно, находящиеся на переходном этапе.
- Системы здравоохранения, исторически основанные на модели Семашко и планирующие или уже полностью либо частично осуществившие переход к страховому принципу.

Хотя эта классификация опирается на преобладающий тип законодательно установленного механизма финансирования, «чистой» системы не существует: система бюджетного финансирования, как правило, включает также элементы социального страхования, а страховая система зачастую включает в себя многие элементы бюджетной систе-

мы. Кроме того, практически все системы здравоохранения в регионе, будь то бюджетные или страховые, либо предусматривают, либо уже планируют включить некоторые элементы обоих типов добровольного финансирования. Кроме того, большинство систем здравоохранения нельзя отнести к системам, организованным в соответствии с одной конкретной моделью. Отдельные элементы могут быть в большей или меньшей степени децентрализованными или централизованными. Например, до недавнего времени система здравоохранения Швеции управлялась централизованно (начиная лишь с регионального уровня и ниже), однако большинство стоматологических услуг предоставлялось частным образом. В Германии лечебные учреждения официально децентрализованы, однако мониторинг и регулирование деятельности сотен фондов медицинского страхования через небольшое число агентств на уровне земель по некоторым своим особенностям напоминают тот мониторинг и регулирование, которые характерны для централизованной системы.

Реформы национальной службы здравоохранения в Соединенном Королевстве (деконцентрация в сочетании с делегированием полномочий) были проведены в 1991 г. Основным их направлением с самого начала была децентрализация: гибрид деконцентрации и делегирования полномочий. Уже на начальном этапе было решено отказаться от передачи функций и сохранить вспомогательную структуру органов управления, назначаемых министром здравоохранения. Избираемые органы управления здравоохранением или объединение служб здравоохранения с местными правительствами не рассматривались в качестве приемлемого решения. Реформы в направлении децентрализации предусматривали создание внутреннего рынка, на котором покупатели медицинских услуг и их поставщики действовали бы отдельно, причем последние побуждались бы к принятию статуса трастов. Это обеспечило больницам и местным службам здравоохранения большую свободу по сравнению с той, которой они пользовались в качестве непосредственно управляемых подразделений, находящихся под контролем органов управления здравоохранением. Советы трастов подотчетны министру здравоохранения, так что связь с центром по-прежнему сохраняется. Ключевой момент реформ — врач общей практики — выступает в роли фондодержателя; врачебные практики больше установленного размера на добровольной основе контролируют бюджеты для приобретения части медицинских услуг. Правительство активно поддерживает эту