

**Организационно-
экономические
механизмы
здравоохранения**

Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения

Смета учреждений здравоохранения включает следующие статьи расходов:

1. Заработная плата (ст. 1) составляет около 60% затрат на содержание учреждения здравоохранения, определяется на основе отнесения должностей служащих к профессиональным квалификационным группам
2. Начисления на зарплату (ст. 2) в размере 34% от ФОТ (с 2011 г.) на счета внебюджетных фондов – ПФР, ФСС, ФОМС
3. Канцелярские и хозяйственные расходы (ст. 3)
4. Командировочные и служебные разъезды (ст. 4)
5. Расходы на учёбу, НИР, литературу (ст. 5)

Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения

Смета учреждений здравоохранения включает следующие статьи расходов:

6. Расходы на питание (ст. 9)
7. Приобретение медикаментов и перевязочных средств (ст. 10)
8. Приобретение медоборудования, инвентаря и обмундирования (ст. 12, 14)
9. Капвложения вне государственных планов капитальных работ (ст. 13), затраты на капремонт (ст. 16)
10. Прочие расходы (санавиация, культмассовые мероприятия среди больных и т. п.)

- Размер показателей сметы может корректироваться на коэффициент инфляционных ожиданий по согласованию с вышестоящим органом управления здравоохранением
- Учреждение здравоохранения вправе привлекать к бюджетным ассигнованиям средства от платных медицинских услуг, ДМС, благотворительности и т.п.

Основные этапы финансового планирования

- Расчет финансовых нормативов
- Определение потребностей населения в медицинской помощи
- Обоснование потребности здравоохранения в денежных средствах
- Сопоставление выделяемых государством средств на оказание медпомощи с потребностью здравоохранения в них
- Анализ выявленного дефицита средств
- Планирование мероприятий по сокращению дефицита

Ключевые показатели

медпланирования

1. По амбулаторно-поликлинической помощи:

- число врачебных посещений (приемов)
- консультации и помощь на дому вызовы на одного жителя в год (11-12)
- мощность поликлиники (ожидаемое число посещений на одного жителя в год)
- количество терапевтических (педиатрических) приемов
- количество приемов узких специалистов
- среднечасовая нагрузка на врача
- должности среднего медперсонала поликлиники
- количество ФАП и ВОП

Ключевые показатели

медпланирования

2. По стационарной помощи определяющим является:
 - число больничных коек стационара на одного жителя в год
 - потребное количество больничных акушерских коек
 - число врачебных должностей
 - число должностей палатных медсестёр и расчёт сестринских постов
 - средняя обрачиваемость койки за год
3. Норма расходов на питание
4. Общее количество койко-дней в год по больницам и диспансером
5. Стратегический план медорганизации по оказанию новых медуслуг, повышению качества медуслуг, производству сопутствующих товаров и

Разработка инвестиционного проекта в учреждении здравоохранения (фазы проектного цикла)



Теория иерархии человеческих потребностей (Пирамида Абрахама Маслоу)



Методы удовлетворения потребностей

Потребности	Методы удовлетворения
1. Физиологические	В основном экономические
2. Безопасности	Экономические и организационно-распорядительные
3. В социальных коммуникациях	В основном организационно-распорядительные: <ul style="list-style-type: none">– предоставление работы, способствующей общению с коллегами;– создание духа единой команды;– проявление регулярного участия;– спокойное восприятие наличия неформальных групп, не наносящих вреда организации;– создание условий для повышения социально-экономической и творческой активности
4. В уважении личности	Организационно-распорядительные и социально-психологические: <ul style="list-style-type: none">– создание условий для регулярного и систематического повышения квалификации;– привлечение работников к разработке целей развития организации, выработке решений;– делегирование подчиненным дополнительных полномочий;– объективная оценка результатов труда и соответствующее моральное и материальное поощрение
5. В самовыражении	В основном социально-психологические: <ul style="list-style-type: none">– создание условий для развития творческого потенциала и его использования;– формирование видов работ, требующих от работника максимальной отдачи

Мотивационные ценности для медперсонала

1. Высокий заработок
2. Комфортные условия работы
3. Социальные контакты с коллегами и пациентами
4. Структурирование работы (обратная связь, информация, определённость правил)
5. Взаимоотношения и коммуникации
6. Признание, авторитет, заслуги, награды
7. Стремление к достижениям

Мотивационные ценности для медперсонала

8. Креативность
9. Власть, влияние, конкуренция
10. Потребность в разнообразии и переменах
11. Самосовершенствование, творческий рост, развитие личности
12. Интересная и полезная работа, востребованность
13. Лояльное и оппортунистическое поведение (баланс)
14. Не пожарное задание, а длительное планомерное

распределение обязанностей через делегирование полномочий

Администрирование – важный метод властной мотивации

(осуществление функций)



Медицинские хозяйствующие субъекты



Линейная структура управления



Преимущества	Недостатки
1. Простота управления и четкость подчинения	Каждый руководитель должен быть высококвалифицированным специалистом с универсальными знаниями, что плохо осуществимо в условиях развития новых технологий, масштабов производства и проявляется в недостаточной компетентности
2. Реализуется принцип единоначалия	Ухудшение управляемости при увеличении числа иерархических уровней и количества подчиненных
3. Хорошо подходит к решению оперативных задач	При большом количестве уровней управления мало приемлема для разработки долгосрочных целей Отсутствие гибкости и адаптивности не позволяет ей решать комплексные задачи с меняющимися целями

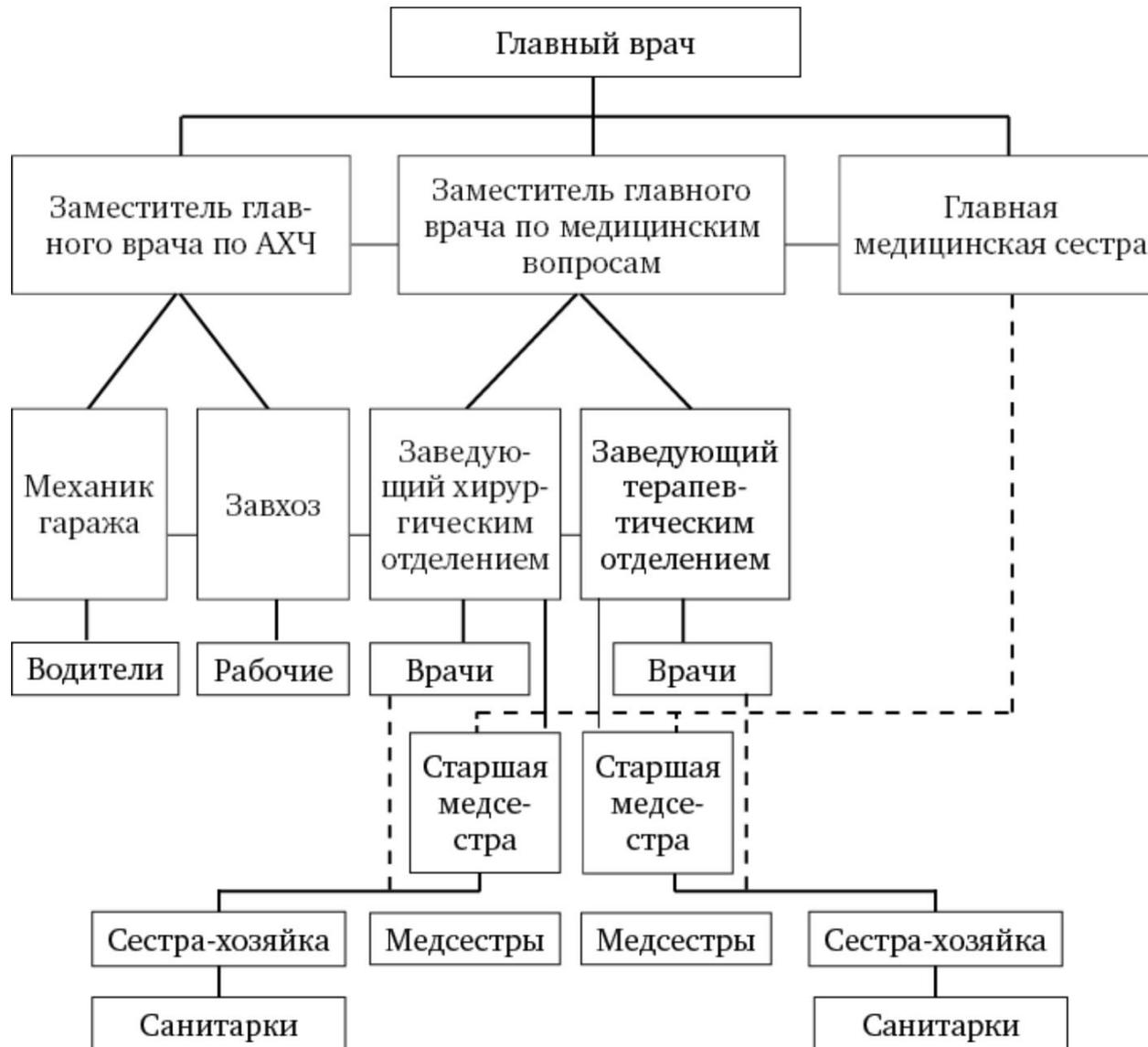
Функциональная оргструктура



Преимущества	Недостатки
1. Более компетентное решение специальных вопросов	Отсутствие единоначалия снижает эффективность управления
2. Уменьшается дублирование усилий и потребление материальных ресурсов в функциональных областях	Снижение ответственности исполнителей за порученную работу, так как они получают указания от разных руководителей
3. Улучшается координация в функциональных областях	Отделы могут быть более заинтересованы в реализации своих подразделений, чем общих целей организации, что приводит к конфликтам в функциональных областях
4. Стимулируется деловая и профессиональная специализация	Длинная цепь команд от руководителя до подчиненного в большой организации

Линейно-функциональная структура управления

УПРОЩЕННАЯ



Сравнение линейно-функциональной и дивизиональной оргструктур

Линейно-функциональная ОСУ	Дивизиональная ОСУ
<i>Преимущества</i>	
<ol style="list-style-type: none">1. Стабильность (более эффективны в стабильной среде).2. Экономия на управленческих расходах.3. Специализация и компетентность.4. Быстрое решение простых проблем, находящихся в компетенции одной службы.5. Ориентация на действующие технологии и сложившийся рынок.6. Ориентация на ценовую конкуренцию	<ol style="list-style-type: none">1. Гибкость (наиболее эффективны в динамичной среде).2. Оперативность принятия решений.3. Междисциплинарный подход.4. Быстрое решение сложных межфункциональных проблем.5. Ориентация на новые рынки и технологии.6. Ориентация на неценовую конкуренцию
<i>Недостатки</i>	
Медленное движение информации и низкая скорость принятия решений	Несовпадение интересов «верхов» и «низов» в многоуровневой иерархии

Технология принятия управленче ского решения



Стресс в работе среднего медперсонала

1. Невысокий статус профессии
2. Низкая зарплата
3. Неопределенность ряда ролей (от врачебной - до младшего персонала)
4. Множественное подчиненность (заведующему, врачам, главной и старшей медсестре)
5. Конфликты ролей – противоречивая информация об обязанностях
6. Интриги и зависть
7. Физические и психические перегрузки
8. Несоответствие образования занимаемой должности
9. Недостаток должностных горизонтов для роста
10. Несправедливое вознаграждение («за красивые глазки и т.п.»)

Стресс в работе среднего медперсонала

1. Отсутствие средств малой механизации
2. Жёсткая психологическая ответственность за состояние пациентов
3. Конфликтные больные («клиент всегда прав»)
4. Сексуальные домогательства
5. Угроза инфицирования (ВИЧ, гепатиты, COVID, туберкулез и т.п.)
6. Слабые коммуникации при высокой загруженности
7. Опасные условия труда, особенно в психиатрии, наркологии
8. Страх потерять работу
9. Несправедливая зачастую оценка качества работы

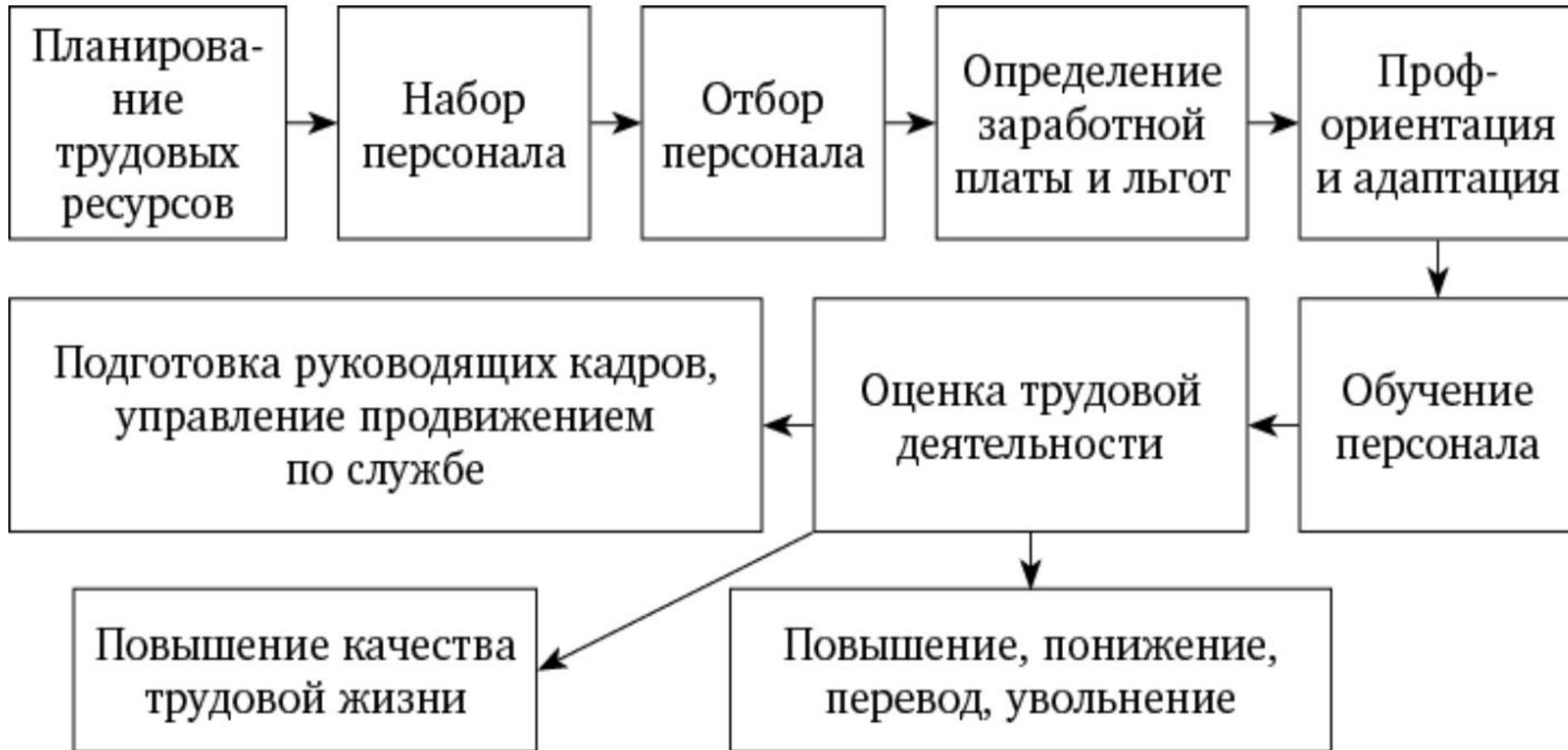
Снижение последствий стресса

1. Физические упражнения
2. Методы релаксации
3. Создание групп поддержки
4. Программы помощи семьям сотрудников
5. Групповой туризм и развлечения
6. Кружки качества
7. Надлежащий режим отдыха и питания
8. Поддержка позитивных инициатив и начинаний
9. Достойное вознаграждение за эффективную работу
10. Наставничество

Система работы с медперсонало М



Этапы управления трудовыми ресурсами



Управление качеством медицинской помощи

1. Анализ результатов и ликвидация скрытых недостатков
2. Ликвидация несоответствия между получаемым и желаемым исходами
3. Использование коллективных методов оценки вплоть до консилиумов
4. Надзор и оценка со стороны страховых компаний и экспертов
5. Комплекс оценочных и проверочных мероприятий по программе госгарантий
6. Сочетание ведомственной и вневедомственной экспертизы
7. Изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи
8. Защита прав пациентов в части представления

Управление качеством медицинской помощи

9. Расширение круга участников контроля качества медицинской помощи: общество, учреждение здравоохранения, потребители, органы управления здравоохранением, лицензирующие и страховые организации, профессиональные медицинские союзы и ассоциации, фонды ОМС, образовательные и научные учреждения, органы Госстандарта и антимонопольные, Роспотребнадзор, Госпожнадзор, органы охраны труда
10. Предупреждение и устранение дефектов медицинской помощи
11. Проверка обоснованности нормативов, прейскурантов и тарифов, реестров и счетов в порядке медико-экономического контроля

Критерии госрегулирования отрасли здравоохранения

1. Успешная реализация государством функции гаранта улучшения здоровья населения
2. Доступность медицинской помощи всем категориям граждан
3. Определение соотношения платной и бесплатной медпомощи, гарантирующего нормативное потребление медуслуг всеми слоями населения, как состоятельными так и малообеспеченными
4. Эффективная сертификация и лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности (структура сети, объемы помощи, соплатежи населения, движение ресурсов, формирование рынка, условия конкуренции)
5. Экономическое и административное регулирование в отрасли

Функции государства в сфере здравоохранения

1. Постоянный контроль качества медицинских услуг
2. Финансирование социально значимой медицинской помощи
3. Сглаживание негативных рыночных последствий в негосударственном секторе здравоохранения
4. Формирование культуры медицинского обслуживания
5. Использование госсобственности для осуществления гарантий бесплатной медпомощи населению
6. Обеспечение прав пациентов
7. Страхование профессиональной ответственности врача

Функции государства в сфере здравоохранения

8. Определение объёмов государственного финансирования медпомощи
9. Договорное закрепление объёмов государственного заказа и программ медицинской помощи населению
10. Мониторинг эффективности госпрограмм здравоохранения
11. Направление дополнительных финансов и отчислений местной власти и бизнеса на здравоохранение:
 - на развитие здравоохранения города, региона
 - на улучшение экологической обстановки
 - на снижение травматизма производственного персонала
 - на проведение оздоровительных мероприятий, в том числе диспансеризации
 - на гигиеничность материалов и технологий, используемых в лечебно-диагностическом процессе

Нормативно-правовые основы стандартизации в здравоохранении

1. ФЗ-162 от 29.06.2015г. «О стандартизации в РФ»
2. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «О государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»
3. Приказы МЗ РФ от 03.08.1999г. № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных» и от 31.01.2001г. № 18 «О порядке контроля нормативных документов системы стандартизации»
4. Приказ МЗ РФ от 13.10.2017г. № 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»: 47 порядков оказания медпомощи и 200 клинико-статистических групп (КСГ)
5. Механизмы аккредитации и сертификации врачей и медучреждений
6. Межгосударственные стандарты ISO-9001-2011 «Система менеджмента качества» и ISO-15189-2003 «Лаборатории медицинские»

Примеры решения социальных проблем медперсонала в регионах

1. Единовременное или месячные выплаты молодым специалистам большинства субъектов, целевой сельский прием в медвузы
2. Социальная ипотека (Московская область), «Земский доктор»
3. Выплаты медработникам дефицитных специальностей (Липецкая, Московская, Новосибирская область)
4. Стипендии студентам, обучающимся по целевому набору (Новосибирск, Смоленск по 5000 рублей в месяц и др.)
5. Софинансирование из бюджетов профессиональной переподготовки и медпомощи специалистам (Липецкая, Московская область)
6. Оплата обучения в интернатуре и ординатуре будущих специалистов Новосибирской области
7. Спец доплаты обладателям статуса «Московский врач» и «Московская медсестра» (Москва)
8. Социальные выплаты части расчетной стоимости жилья, жилищные сертификаты
9. Система грантов и стажировок для лучших специалистов бюджетных учреждений здравоохранения

Численность врачей в госсекторе здравоохранения РФ

Врачебная специальность	количество, тыс. чел
терапевты	167,5
педиатры	68,5
врачи общей практики	10,3
хирурги	71
стоматологи	63,2
акушер-гинекологи	43,9
врачи ЛФК	4
фтизиатры	8,8
офтальмологи	17,4
отоларингологи	12,6
неврологи	27,7
психиатры и наркологи	23,6
эпидемиологи и санитарные врачи	18
дерматовенерологи	12
рентгенологи и радиологи	20

Минздрав РФ

Минздрав России - федеральный орган исполнительной власти РФ, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно- правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств, профилактики заболеваний, в том числе инфекционных и СПИДа

Штат сотрудников – 549 человек. Годовой бюджет 350 млн. руб

Подведомственные структуры:

- Росздравнадзор
- Роспотребнадзор
- ФМБА
- 17 департаментов
- 48 учреждений науки
- 55 учреждения образования (46 — ВПО, 6 – ДПО, 3 – СПО)
- 56 учреждений здравоохранения (19 специализированных, 37 санаторно-курортных, 8 психиатрических учреждений)
- 3 предприятия

Дефицит медперсонала

- По данным ВОЗ в 57 странах мира ощущается критическая нехватка медицинских трудовых ресурсов. Дополнительно необходимо привлечь 4,25 млн. человек, в том числе 2,36 млн. медработников и 1,89 млн. административного вспомогательного персонала
- В РФ не хватает больше 25000 врачей и 130000 среднего медицинского персонала
- Особенно остро ощущается нехватка педиатров, онкологов, неврологов, врачей скорой помощи, анестезиологов-реаниматологов

Социальная результативность в ГМУ здравоохранением

1. Целевое использование государственной и муниципальной собственности
2. Соответствие бюджетного финансирования потребностям и структуре медицинской помощи
3. Количество договоров на выполнение госзаказа и программ медицинской помощи
4. Гарантированность прав пациента и врача
5. Уровень культуры медобслуживания
6. Наличие системы непрерывного улучшения качества медпомощи
7. Действенность механизма сглаживания негативных рыночных последствий в негосударственном секторе здравоохранения
8. Степень участия социально-ответственного бизнеса в формировании бюджета здравоохранения

Государственно частное партнерство в здравоохранении

ГЧП — взаимовыгодное сотрудничество органов госвласти и местного самоуправления (как публичных партнеров) и предпринимательских некоммерческих организаций (как частных партнеров) в целях эффективного выполнения задач публично-правовых образований в сфере здравоохранения, путем привлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления, содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления его услуг

Основные механизмы ГЧП в здравоохранении

- Концессия – вовлечение частного сектора в управление госсобственностью
- Привлечение инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения
- Аренда госимущества с возложением ремонта на арендатора
- Лизинг – передача компанией-лизингодателем имущества в долгосрочную аренду с последующим выкупом
- Участие частных медорганизаций в реализации программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи
- Франшиза – право оперативного пользования брендом и бизнес-моделью франчайзера, предоставляемое получающей стороне (франчайзи) за плату
- Аутсорсинг – передача некоторых функций другой специализированной компании
- Совместное создание коммерческих организаций

Наиболее перспективная форма — передача в концессию с последующей организацией платных медуслуг более высокого качества

Принципы ГЧП:

- Законность
- Эффективность
- Взаимовыгодность
- Объединение ресурсов
- Распределение ответственности и рисков между партнерами
- Сохранение профиля и объемов объектов здравоохранения
- Мониторинг и контроль взаимодействия
- Софинансирование
- Фиксированный срок сотрудничества

В Великобритании ГЧП занимает 12 % всех отраслевых проектов, при этом затраты на 15% ниже совокупных издержек общества

Недостатки ГЧП:

- государство не может единолично распоряжаться объектом своего ведения
- частный партнер несет риски потери собственности, в случае смены экономических приоритетов государства

Государственная модель управления здравоохранением

У. Беверидж (1879— 1963)

Модель основана на докладе автора британскому парламенту (1942 г.) в целях создания «государства всеобщего благоденствия» под влиянием кейнсианской экономической теории полной занятости.

Беверидж создал социальную стратегию, призванную уничтожить 5 крупных проблем: безделье, невежество, болезни, нищету и бедность.

Теория социального страхования и обеспечения (1948) была нацелена на создание универсальной и свободной национальной службы здравоохранения за счёт бюджета и налогов на доходы граждан. Она опиралась на опыт системы Лойд Джорджа (1911) и Николая Семашко (1874-1949).

Согласно модели Бевериджа большинство больниц и клиник являются государственной собственностью, большинство медработников являются госслужащими. Могут существовать и частные учреждения здравоохранения, оплачиваемые государством.

Государственная модель управления здравоохранением У. Беверидж (1879— 1963)

В настоящее время эта модель используется в Великобритании Испании, Италии, Канаде, Греции и Скандинавских странах, Новой Зеландии, Гонконге и др.

Медпомощь для населения практически бесплатна. Аккумулируемые в различных фондах общественные ресурсы находятся под контролем государства, которое выступает в качестве единственного страховщика здоровья населения, главного поставщика и покупателя медуслуг. Рынку отводится незначительная роль

Преимущества модели: преемственность услуг, высокая и равная доступность для всех граждан, возможность массовой профилактики, централизация управления, сдерживание лавинообразного роста расходов на здравоохранение, социальная стабильность общества, врачи не субъекты, а наемные работники

Социально-страховая модель управления здравоохранением

Отто фон Бисмарк 1815— 1898

В 1881 году канцлер Бисмарк создал первую организационно-экономическую модель здравоохранения, направленную на укрепление здоровья рабочих — потенциальных военнослужащих. Изначально из фонда соцстраха оплачивали расходы на лечение, выдавали пособие по безработице и пенсии, потом выделились больничные кассы, получавшие $\frac{2}{3}$ взносов от работников и $\frac{1}{3}$ от работодателей. Затем больничные кассы превратились в страховые компании, а взносы работодателей стали доминирующими.

Эта модель до сих пор широко используется в Германии, Франции, Нидерландах, Австрии, Бельгии, Израиле, Швейцарии, Латинской Америке. Она сочетает возможности социальной защиты граждан и общественной солидарности трудящихся.

Источником многоканального финансирования служат страховые платежи и взносы, дотации госбюджета. Госпрограммы предназначаются для страхования социально незащищенных групп населения. Финансовое участие государства минимально. Основная доля финансирования лежит на страхователях. Тем не менее, фонды являются частью госфинансов. Системой ОМС охвачено 80— 99,8% населения. Пациент имеет право свободного выбора врача и медучреждения

Социально-страховая модель управления здравоохранением

Отто фон Бисмарк 1815— 1898

Преимущества системы Бисмарка:

- принцип солидарной оплаты медпомощи
- доступность медпомощи для всего населения

Недостатки системы Бисмарка:

- большой административный аппарат
- сложная система расчетов с ЛПУ

Система Семашко (1918)

Финансирование отрасли из госбюджета при централизованном управлении и контроле государства

Модель основана на замене рыночной организации здравоохранения государственно-административной системой и централизованным госбюджетом.

Формирование лечебной сети— строго по госнормативам, штатам, ресурсам и зарплате.

Государство— единый заказчик медпомощи в рамках планово-распределительной системы

Преимущества системы Семашко

- основана на традициях и опыте земской медицины
- эффективность при обеспечении всех слоев населения
- централизация управления
- особая роль социальной гигиены и профилактики заболеваний

Недостатки системы

- низкий уровень развития медпомощи
- отсутствие мотивации качества медуслуг
- низкая зарплата медработников

Частная система здравоохранения

Используется в США. Имеет рыночный характер. Основана на частном медицинском страховании. Медицинский страховой полис служит гарантией предоставления помощи. Услуги, не входящие в страховую программу, оплачиваются отдельно. Страхование может быть индивидуальным и коллективным (за счёт работодателя).

Финансирование социально незащищённых слоёв — функция государства.

В современном мире наблюдается смешение всех организационно-экономических моделей здравоохранения.

В частности в России – бюджетно-страховая модель с перспективой перехода на одноканальное финансирование по системе ОМС с элементами ГЧП