

А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ ДЛЯ ВУЗОВ

Под общей редакцией академика РАН,
профессора **А. В. Решетникова**

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по медицинским, естественнонаучным и экономическим
направлениям и специальностям*

**Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru**

Москва ■ Юрайт ■ 2017

Авторы:

Решетников Андрей Вениаминович — доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, заведующий кафедрой социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института профессионального образования, директор научно-исследовательского института социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, академик РАН, заслуженный работник здравоохранения (предисловие, главы 2, 8, заключение; главы 1, 6, 11, 12, 14 — совместно с Н. Г. Шамшуриной; глава 3 — совместно с В. И. Шамшуриным);

Шамшурина Нина Григорьевна — профессор, доктор экономических наук, профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (главы 4, 7, 9, 10, 15; главы 1, 6, 11, 12, 14 — совместно с А. В. Решетниковым);

Шамшурин Виктор Иванович — профессор, доктор социологических наук, кандидат философских наук, профессор кафедры философии политики и права философского факультета Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, заведующий кафедрой социально-политических наук факультета гуманитарных наук Московского физико-технического института (главы 5, 13, 16; глава 3 — совместно с А. В. Решетниковым).

Рецензенты:

Габеева Л. А. — доктор экономических наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации;

Кудрина В. Г. — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующая кафедрой медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России.

Решетников, А. В.

Р47

Экономика и управление в здравоохранении : учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общ. ред. А. В. Решетникова. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 303 с. — Серия : Специалист.

ISBN 978-5-534-00752-7

В учебнике раскрыты базовые понятия экономики и актуальные вопросы управления здравоохранением, экономические основы деятельности медицинской организации, отражен российский и зарубежный опыт развития экономики и управления в здравоохранении.

Теоретическая часть учебника дополнена практикумом по каждой главе, который содержит контрольные вопросы, ситуационные задания и тесты, что позволит студентам самостоятельно проверить и закрепить полученные знания.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Для специалистов, бакалавров и магистров медицинских вузов, а также врачей, обучающихся по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

УДК 33:614(075.8)

ББК 65.495я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

© Решетников А. В., Шамшурина Н. Г.,
Шамшурин В. И., 2016

© ООО «Издательство Юрайт», 2017

ISBN 978-5-534-00752-7

Оглавление

Список сокращений.....	7
Предисловие	8
Глава 1. Экономика здравоохранения как учебная дисциплина.....	11
1.1. Общественное здоровье и здравоохранение. Экономика здравоохранения как научная дисциплина	11
1.2. Медицина как социальная практика.....	15
1.3. Макроэкономическая корпорация здравоохранения. Технологии обеспечения качества в медицине и стандартизация здравоохранения	20
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	25
<i>Тесты</i>	26
Глава 2. Социальные и этические аспекты эффективности системы здравоохранения	28
2.1. Социальные аспекты эффективности системы здравоохранения и роль государственного управления	28
2.2. Пациент — субъект и объект экономических отношений в здравоохранении.....	32
2.3. Этические стандарты и правовые нормы как форма контроля гражданского общества над качеством медицинской помощи.....	34
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	38
<i>Тесты</i>	39
Глава 3. Аксиоматика управленческой науки и здравоохранение	41
3.1. История возникновения управленческой науки.....	41
3.2. Концептуальный аппарат управленческой науки.....	46
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	50
<i>Тесты</i>	51
Глава 4. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций	53
4.1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций.....	53
4.2. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора	69
4.3. Эффективность использования экономических ресурсов здравоохранения и медицинских организаций. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.....	70
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	73
<i>Тесты</i>	74

Глава 5. Управление и структура организаций	76
5.1. Системно-структурные особенности руководства организациями	76
5.2. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями	90
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	91
<i>Тесты</i>	92
Глава 6. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений	94
6.1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика	94
6.2. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения	101
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	106
<i>Тесты</i>	108
Глава 7. Характеристика рынка услуг здравоохранения. Рынок лекарственных препаратов	110
7.1. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении	110
7.2. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении	115
7.3. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении	117
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	117
<i>Тесты</i>	118
Глава 8. Финансовое обеспечение гарантий бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации	120
8.1. Финансовая среда здравоохранения. Финансово-кредитная система и организации здравоохранения. Финансирование здравоохранения	120
8.2. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению	129
8.3. Методы оплаты медицинской помощи. Клинико-статистические группы заболеваний и клинико-профильные группы	134
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	144
<i>Тесты</i>	145
Глава 9. Принятие ценовых решений в организации здравоохранения	147
9.1. Экономические особенности цены медицинской услуги. Методика ценообразования в здравоохранении	147
9.2. Расчеты цен и тарифов на медицинские услуги	154
9.3. Механизмы ценообразования на фармацевтическом рынке России	160
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	165
<i>Тесты</i>	167

Глава 10. Бухгалтерский и управленческий учет в организации здравоохранения. Калькулирование себестоимости медицинской услуги, основанное на операциях	170
10.1. Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета.....	170
10.2. Процессы управленческого учета: бюджетирование, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат.....	176
10.3. ABC-система (AB-костинг) в здравоохранении.....	182
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	187
<i>Тесты</i>	187
Глава 11. Методы клинико-экономического анализа в медицине	189
11.1. Факторы, определяющие эффективность медицинской помощи. Метод расчета стоимости болезни	189
11.2. Применение метода минимизации затрат. Метод «затраты — выгода»	194
11.3. Характеристика метода «затраты — эффекты». Метод «затраты — полезность». Расчет показателей QALY и DALY.....	195
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	201
<i>Тесты</i>	205
<i>Темы для написания эссе</i>	206
Глава 12. Диагностика финансово-хозяйственной деятельности и показатели финансового состояния и экономической эффективности организаций здравоохранения	207
12.1. Предмет, цели и задачи экономического анализа. Виды экономического анализа. Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения.....	208
12.2. Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения	214
12.3. Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации.....	217
12.4. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации	221
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	223
<i>Тесты</i>	224
Глава 13. Кадровая политика и система мотиваций в здравоохранении.....	226
13.1. Кадровая политика как основа управления организацией.....	226
13.2. Социально-культурные основы мотивации персонала организации	229
13.3. Сущность делегирования полномочий.....	232
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	241
<i>Тесты</i>	242
Глава 14. Оплата труда медицинских работников. Понятие эффективного контракта	243
14.1. Рынок труда и заработная плата. Формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения.....	243
14.2. Анализ нормативных правовых документов по оплате труда медицинских работников.....	250

14.3. Понятие эффективного контракта. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения	257
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	264
<i>Тесты</i>	266
Глава 15. Планирование деятельности организаций здравоохранения	268
15.1. Характеристика частной системы здравоохранения Российской Федерации	268
15.2. Бизнес-планирование деятельности организаций здравоохранения в частной системе здравоохранения	270
15.3. Государственно-частное партнерство в здравоохранении	277
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	279
<i>Тесты</i>	281
Глава 16. Зарубежный опыт развития систем здравоохранения	283
16.1. Исторические этапы развития систем здравоохранения	283
16.2. Актуальные вопросы управления здравоохранением в России и зарубежных странах	289
<i>Вопросы и задания для самопроверки</i>	291
<i>Тесты</i>	291
Заключение	293
Глоссарий	295
Ответы на тесты	300
Список литературы	302

Список сокращений

- АУЗ** — автономное учреждение здравоохранения
БУЗ — бюджетное учреждение здравоохранения
ВВП — валовой внутренний продукт
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ГК РФ — Гражданский кодекс Российской Федерации
ГЧП — государственно-частное партнерство
ДМС — добровольное медицинское страхование
ЖНВЛП — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ЗАО — закрытое акционерное общество
ЗФП — запас финансовой прочности
КПГ — клинико-профильная группа
КСГ — клинико-статистическая группа
КУЗ — казенное учреждение здравоохранения
КЭА — клинико-экономический анализ
ЛП — лекарственные препараты
МО — медицинская организация
ОАО — открытое акционерное общество
ОМС — обязательное медицинское страхование
ООО — общество с ограниченной ответственностью
ОР — операционный рычаг
ПКГ — профессиональные квалификационные группы
СМО — страховая медицинская организация
ТК РФ — Трудовой кодекс Российской Федерации
ТФОМС — Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЕТ — условная единица труда (трудоемкости)
УЗ — учреждение здравоохранения
ФЗ — Федеральный закон
ФОТ — фонд оплаты труда
ФФОМС — Федеральный фонд ОМС (ФОМС)

Предисловие

Данный учебник, как и любой другой, направлен прежде всего на прояснение и систематизацию соответствующих его тематике знаний. Для этого особого внимания заслуживают предмет, цели и задачи современного здравоохранения в России.

Предмет современного отечественного здравоохранения — это в первую очередь общественное здоровье. При этом *целью* будет раскрытие стратегической управленческой доктрины, лежащей в основе социальной политики государства, направленной на достижение общественного здоровья. Эта цель для государства не просто насущная, но и первостепенная, поскольку никакого государственного развития без «народосбережения» нет и не будет. Медицина как социальная политика в общественном здравоохранении и есть «народосбережение». Именно в медицине наиболее ярко проявляется то, что в социологии и экономике называется «качеством жизни». Постоянное стремление, достижение и даже усложнение и совершенствование цели в этой области — это условие самосохранения государства. *Задачи* экономики и управления в здравоохранении на сегодняшний день таковы: посредством экономических механизмов достигать поставленных целей в области улучшения общественного здоровья. Как справедливо полагал великий русский мыслитель В. С. Соловьев, «любой прекраснодушный идеал без механизмов осуществления сводится к пустословию». Таким образом, становится очень важным знать основные положения и теоретические основы управленческой науки, ее отличительные особенности и признаки в плане научных школ, исторических периодов, пройденных наукой об управлении; региональных особенностей, отраслевых подходов; примеров успешного отечественного и зарубежного опыта.

В этом случае особое значение играет знание понятийного аппарата основ управления. Из этой аксиоматики в учебнике выстраиваются методологические приемы осмысления социальных ситуаций, которые, будучи обобщенными, превращаются в систему профессиональных требований, предъявляемым к успешным управленческим подходам в области здравоохранения. Также показано, насколько важно знать современные разработки и представления об управлении в здравоохранении.

Блок «умений» данного издания состоит в обобщении и систематизации:

- а) категориального аппарата управленческой и экономической науки;
- б) методологических приемов, способов применения аксиоматики, способствующих превращению отвлеченных абстракций в целостную систему доказательного знания;
- в) путей осуществления и применения знаний в опыте социальных отношений в области здравоохранения.

Подобный подход призван не только идентифицировать и классифицировать в имеющихся трендах как конструктивный, так и деструктивный управленческий опыт, но и позволяет его анализировать и интерпретировать. Только в этом случае действительно позитивного анализа глубинных и действительно продуктивных тенденций возможно:

1) разрабатывать и осуществлять по-настоящему успешные и полезные для человека, общества и государства дееспособные и оптимальные цепочки приказов, скрепляющие общественное целое в действительно здоровый и оперативно функционирующий социальный организм;

2) применять теоретические знания к управленческим социально-экономическим ситуациям, возникающим в здравоохранении;

3) грамотно ориентироваться в нормах управления, кадровой политике, мотивациях руководства и персонала и т.д.;

4) выбирать системные, а не узко корпоративные методы управления для реализации поставленных управленческих задач именно системного, а не частного порядка, определять приоритеты отрасли здравоохранения.

Изучение курса экономики и управления в здравоохранении позволит приобрести навыки адекватной самостоятельной оценки управления как «сверху», так и «снизу»; овладеть методами ценообразования, определения оптимальной нормы прибыли и реальной потребности в ресурсах; освоить методику проведения системного анализа успешных способов социализации; поиска релевантной информации, необходимой, особенно в экономической сфере, для управленческой деятельности. Особо следует отметить получение навыков работы с учебной и научной литературой по экономике и управлению и возникающие на этой основе навыки разрешения проблем, постоянно присутствующих при реализации управленческих решений в здравоохранении. В этой области исследований руководитель, управление, медицинский персонал и пациенты встроены в единую социальную систему. При всех различиях, они взаимодополняют друг друга в договорной системе отношений, приводящей к обязывающим краткосрочным, среднесрочным и долгосрочным последствиям и взаимной ответственности. При этом необходимо различать ситуативные изменения подобного рода социальных отношений и владеть методами компаративизма в этой области и релевантной информационной и фактологической базой данных в сфере здравоохранения.

В результате освоения дисциплины студент должен:

знать

- предмет, цели и задачи общественного здоровья и здравоохранения;
- цели государственной политики в области здравоохранения;
- нормативные правовые документы, регламентирующие экономическую деятельность в здравоохранении;

уметь

- обобщать и систематизировать экономическую информацию в области здравоохранения;
- применять теоретические знания к разработке соответствующих методических и нормативных документов, предложений и мероприятий по реа-

лизации принятых проектов и программ с учетом фактора неопределенности;

- выбирать необходимые методы анализа в области управления для достижения поставленных задач организации здравоохранения;

владеть

- методами клинико-экономического анализа, применяемыми в медицинских исследованиях;

- навыками системного анализа финансового состояния медицинской организации;

- навыками поиска информации, необходимой для решения управленческих задач организации здравоохранения.

При написании настоящего учебника использовались материалы А. В. Решетникова и Н. Г. Шамшуриной из книги: Экономика здравоохранения / под ред. акад. РАН, проф. А. В. Решетникова. — 3-е изд. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Глава 1

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА

После изучения главы 1 студент должен:

знать

- основные термины и понятия общественного здоровья и здравоохранения;
- предмет экономики здравоохранения;
- понятие макроэкономической корпорации здравоохранения;

уметь

- определять медицинскую услугу как экономическую категорию;
- определять методы государственного регулирования экономических отношений в здравоохранении;

- осуществлять цели медицины как социальной практики;

владеть

- методами сохранения здоровья общества, в том числе через культурно-гуманитарный, социально-экономический и управленческий аспекты медицины с целью повышения общественной результативности здравоохранения;
 - методами успешной внутренней организации и координации структуры учреждения здравоохранения и достижения поставленных целей управленческой деятельности;
 - современными технологиями сбалансированного обеспечения потребностей медицинской организации для достижения ею внутренних и внешних целей общественного здравоохранения.
-

1.1. Общественное здоровье и здравоохранение. Экономика здравоохранения как научная дисциплина

Здравоохранение — это система, направленная на создание и укрепление здоровья нации, каждого человека, поддержание активной долголетней жизни граждан, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья. В экономическом аспекте здоровье выступает как социальный и личный ресурс для повседневной жизни. Здравоохранение имеет характеристику отрасли социальной сферы экономики, и именно в этом смысле выступает предметом изучения.

К основным принципам охраны здоровья граждан относятся:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Соблюдение этих принципов является приоритетной основой экономической и управленческой деятельности в сфере здравоохранения.

Отраслевые экономические науки в качестве предмета рассматривают особенности происходящих в обществе экономических процессов в определенной отрасли или группе отраслей народного хозяйства. В качестве примера можно привести такие дисциплины, как экономика промышленности, строительства, сельского хозяйства, транспорта, фармацевтики, сферы услуг.

Значительное своеобразие здравоохранения привело к возникновению экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения изучает экономические отношения, объективно складывающиеся в процессе осуществления медицинской деятельности (это предмет изучения).

Экономика здравоохранения не может существовать в отрыве от родственных ей экономических наук и медицины. У *экономической теории* экономика здравоохранения заимствует терминологию. *Прикладные экономические науки* (бухгалтерский учет, финансы, кредит и т.п.) привлекаются для исследований на микроуровне (т.е. на уровне отдельной организации здравоохранения). *Специальные экономические науки* (экономическая статистика, хозяйственное право и т.п.) — для исследований на макро- и мезоуровнях (например, экономическая статистика, анализируя экономику в целом, часто использует те же методы исследования, что и медицинская статистика).

Экономика здравоохранения — это наука о функционировании здравоохранения как отрасли народного хозяйства; наука о социальной ответственности и экономической целесообразности в поведении органов управления здравоохранением; наука об экономических законах и экономических отношениях в конкретных условиях предоставления и потребления медицинских услуг, об объективно ограниченных ресурсных возможностях и возрастающих потребностях в услугах здравоохранения¹.

Экономические отношения здравоохранения по форме, содержанию и социально-экономической природе отображают деятельность макроэкономической корпорации, соединяющей разнопрофильные производства, отрасли и секторы экономики, регулируемые государством и прямо или косвенно обслуживающие здравоохранение.

Каждый из субъектов данной макроэкономической корпорации здравоохранения имеет свои особые функции. Государство имеет функцию глобального регулирования, направленного на улучшение здоровья населения. Здравоохранение — это система, направленная на создание и укрепление здоровья нации, каждого человека, поддержание активной долголетней

¹ См. подробнее: *Шамшурина Н. Г.* Развитие системы экономических отношений в здравоохранении, ориентированных на улучшение здоровья населения : автореф. ... дис. д-ра экон. наук. М. : ПМБ РАГС, 2002. С. 28.

жизни граждан, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья. Здравоохранение представлено следующими структурами: Минздрав России, Министерства здравоохранения субъектов РФ, департаменты, комитеты, управления здравоохранения, учреждения и организации здравоохранения, медицинские работники, пациенты.

Поставщики экономических ресурсов для здравоохранения в условиях развивающейся рыночной экономики осуществляют взаимосвязи с отраслью здравоохранения на основе договорных отношений и призваны согласовывать свои экономические интересы с интересами социальной сферы, к которой принадлежит здравоохранение. Общественные организации в здравоохранении призваны осуществлять гражданский контроль, особенно в области качества медицинской помощи и осуществления прав пациентов и медицинских работников.

Действия каждого субъекта здравоохранения должна направлять общая социальная цель — сохранение и улучшение здоровья населения. С позиций экономики здоровье — это социальный и личный ресурс для повседневной жизни. Общественное здоровье — это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов, оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности; а в экономическом смысле — общественный (социальный) ресурс. Подчеркнем, что долговременной прямой связи между общественным здоровьем и затратами на охрану здоровья нет (такую корреляцию можно выявить лишь в краткосрочном периоде). Это положение иллюстрирует табл. 1.1.

Таблица 1.1

**Основные показатели здравоохранения
в США и Великобритании¹**

Показатель	США	Великобритания
Валовой внутренний продукт (ВВП), расходуемый на здравоохранение, %	15,2	8,7
Смертность в трудоспособном возрасте, %	10,6	7,7
Младенческая смертность, %	7,0	5,0
Материнская смертность, %	24,0	12,0
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	79	80

Уровень развития экономики часто определяет уровень развития здравоохранения, возможный уровень удовлетворения социальных потребностей, и наоборот, процесс удовлетворения социальных потребностей создает условия жизнедеятельности человека. Эти условия характеризуются категорией «качество жизни». Качество жизни является измерителем благосостояния и формируется в том числе под влиянием такого фактора, как здоровье населения. И наоборот — развитие здравоохранения в немалой степени зависит от уровня его финансирования, что, в свою очередь, зави-

¹ По данным д.м.н., проф. В. Ю. Семенова, 2009.

сит от развития экономики, главным экономическим ресурсом которой являются кадровые ресурсы, обладающие трудоспособностью и дееспособностью. Индикатором эффективной связи экономики и здравоохранения является улучшение показателей качества жизни, обусловленного состоянием здоровья. Общее здоровье обычно определяется как состояние полного физического, психического и социального благополучия; отсутствие болезней или физических дефектов.

Экономика здравоохранения как научная дисциплина преимущественно изучает три уровня экономических отношений в здравоохранении: макро-, мезо- и микроэкономический уровень.

Макроэкономический уровень отражает экономические отношения, складывающиеся между отраслью здравоохранения и государством. На данном уровне определяется, какая доля ВВП и финансовых средств федерального бюджета государства должна быть выделена на охрану здоровья, какие факторы оказывают на это влияние, по каким критериям выбирается социально ориентированная модель здравоохранения, отвечающая общественным целям и сложившимся экономическим условиям.

Мезоуровень отражает экономические действия и интересы самой отрасли здравоохранения.

На **микроэкономическом уровне** исследуются экономические отношения внутри медицинской организации и ее взаимодействие с внешней средой, вопросы оплаты труда медицинского и вспомогательного персонала, организация и нормирование труда как неотъемлемая функция управления, вопросы финансирования медицинских учреждений и характер экономических связей с системой обязательного медицинского страхования (ОМС).

Экономическая сущность каждой из групп экономических отношений в здравоохранении в целом характеризуется следующим:

1) **экономические отношения производства.** *Производство (создание) благ медицинского назначения* — это процесс превращения ресурсов в услуги здравоохранения и медицинские товары;

2) **экономические отношения распределения.** *Распределение* — это определение долей и объемов благ медицинского назначения, поступающих субъектам экономической деятельности;

3) **экономические отношения обмена.** *Обмен* — это процесс предоставления социальных благ медицинского назначения хозяйствующим субъектам взамен экономических ресурсов;

4) **экономические отношения потребления.** *Потребление* — это удовлетворение потребностей в социальных благах медицинского назначения.

Медицина и здравоохранение выступают особой сферой государственных интересов, входят в систему национальной безопасности. Поэтому роль государства в регулировании экономических отношений, складывающихся между людьми в процессе производства, распределения, обмена и потребления благ медицинского назначения, всегда будет значимой. Главным объектом и субъектом экономических отношений в здравоохранении выступает пациент.

1.2. Медицина как социальная практика

Пациент — лицо, которому оказывается разовая, временная или постоянная медицинская помощь и связанные с ней услуги или в отношении которого осуществляется медицинское воздействие.

Специфика пациента как объекта экономических отношений заключается в том, что он выступает самоценной личностью, а не средством достижения экономических результатов, в том числе в здравоохранении.

Как субъект экономических отношений пациент, взаимодействуя с организацией здравоохранения, врачом, страховой медицинской организацией и т.п., неизбежно вступает в экономические отношения обмена, распределения и потребления и даже может повлиять на процесс производства (создание) благ медицинского назначения.

Права пациента — специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, реализуемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

В частности, гражданин Российской Федерации имеет право выбора медицинской организации и врача в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹.

Застрахованное лицо — главный субъект системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

В целом **субъектами ОМС** выступают застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд ОМС (ФФОМС).

Участниками ОМС являются территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Каждый из субъектов и участников системы ОМС выполняет специфические функции.

В социальном аспекте на ФФОМС лежат следующие функции:

- достичь результатов рассмотрения жалоб;
- информировать о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- вести прием застрахованных лиц;
- осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- защищать права застрахованных лиц (в досудебном и судебном порядке).

Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) имеет социальные функции, которые в основном повторяют функции ФФОМС, только в рамках конкретной территории.

В рамках компетенции страховой медицинской организации как участника системы ОМС возможны следующие действия:

- 1) оформление полисов ОМС единого образца;

¹ Приказ Минздрава России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

- 2) информационное сопровождение пациента на всех этапах (начиная от выбора медицинской организации до госпитализации);
- 3) контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) достижение результата рассмотрения обращений и жалоб;
- 5) защита прав и законных интересов застрахованных лиц (в досудебном и судебном порядке).

Медицинская организация в системе ОМС выполняет следующие социальные функции:

- 1) бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС;
- 2) предоставление информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет;
- 3) предоставление сведений о наличии свободных мест в медицинской организации в целях госпитализации, сроках ожидания, показателях доступности и качества медицинской помощи, информирование о стоимости оказанной медицинской помощи.

Экономические аспекты защиты прав врача также рассматривают медицину как социальную практику.

Врач — это специалист, который, будучи принят в установленном порядке в медицинскую школу, должным образом признанную в стране, в которой она находится, успешно завершил предписанный курс медицинских наук и получил квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику, диагностику, лечение и реабилитацию.

Профессия врача связана с определенной степенью риска. Интересно заметить, что здравоохранение в соответствии с классификацией отраслей (подотраслей) экономики по классам профессионального риска отнесено к 01 классу¹. Класс профессионального риска для отрасли (подотрасли) экономики определяется *величиной интегрального показателя профессионального риска*. Ранее предусматривалось 14 классов профессионального риска (для сравнения, 14-й класс — добыча угля подземным способом). С выходом постановления Правительства РФ от 01.12.2005 № 713 «Об утверждении Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска» и приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 25.12.2012 № 625н «Об утверждении Классификации видов экономической деятельности по классам профессионального риска» измерение профессионального риска для врача осуществляется следующим образом.

Интегральный показатель профессионального риска рассчитывается по формуле

$$\text{ИП} = (\sum \text{ВВ} / \sum \text{ФОТ}) \cdot 100,$$

где ИП — интегральный показатель профессионального риска по отрасли (подотрасли) экономики, выраженный в процентах; $\sum \text{ВВ}$ — сумма в воз-

¹ Правила отнесения отраслей (подотраслей) экономики к классу профессионального риска рассматриваются в постановлении Правительства РФ от 01.12.2005 № 713 «Об утверждении Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска».

мещение вреда, начисленная в отрасли (подотрасли) экономики в истекшем календарном году (2,9% от фонда оплаты труда — в Фонд социального страхования); Σ ФОТ — размер фонда оплаты труда в отрасли (подотрасли) экономики, на который начислены взносы в Фонд социального страхования РФ в истекшем календарном году.

Риск связан с возможностью причинения вреда застрахованному, находящемуся в ведении Фонда социального страхования, в результате несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний при исполнении им трудовых обязанностей.

Экономические отношения «врач — пациент» также имеют свои особенности. На квазирынке медицинских услуг врач находится и со стороны «спроса», и со стороны «предложения», что делает невозможным действие классического рыночного механизма в полном объеме. Возможно девиантное поведение пациента как потребителя медицинских услуг, проявляющееся в «форсировании спроса». Это особым образом характеризует экономическую услугу в области здравоохранения как категорию.

Услуга — это благо, предоставляемое в форме деятельности, не имеющее материального выражения и существующее только в момент ее оказания (получения).

Все блага можно разделить на четыре вида в соответствии с двумя критериями («исключаемость из потребления» и «конкурентность») (табл. 1.2):

- 1) исключаемое общественное коллективное благо;
- 2) общее благо;
- 3) чистое частное благо;
- 4) чистое общественное благо.

Последнее как общественный товар состоит из крупных единиц и не может быть продано индивидуальному покупателю. Люди могут пользоваться выгодами от такого товара, не неся издержек по его приобретению (армия, полиция, санэпиднадзор, охрана окружающей среды и т.п.).

Таблица 1.2

Основные виды благ

Критерий	Вид блага	Пример
Высокая конкуренция и высокая исключаемость	Чистые частные блага	Апельсины. Зубопротезирование. Пластические операции
Низкая конкуренция, но высокая исключаемость	Общественные коллективные блага	Концерт. Лечение инфекций. Терапия в системе ОМС
Низкая конкуренция и низкая исключаемость	Чистые общественные блага (<i>public good</i>)	Национальная оборона. Скорая помощь. Реанимация
Высокая конкуренция, но низкая исключаемость	Общие блага	Грибы в лесу. Получение бесплатного лекарства в условиях дефицита средств системы ОМС. Диспансеризация. Бесплатная трансплантация органов

Медицинская услуга как рыночная экономическая категория — это услуга социального сектора, выступающая как общественное или частное благо. Это благо предоставляется в форме деятельности, часто не имеет материального выражения, существует только в момент оказания (получения). Также медицинская услуга — это благо, предоставляемое в форме медицинской деятельности определенного вида и объема и существующее в момент получения. Это благо может выступать в форме товара, нацелено на удовлетворение социальных потребностей, не существует отдельно от производителя (медицинского работника), производство данной услуги и ее потребление происходят одновременно.

Таким образом, социальная сфера, в том числе здравоохранение, есть сфера производства услуг и сопутствующих товаров, являющихся преимущественно общественными благами. Однако ряд услуг могут выступать чистыми частными благами. В силу специфики экономических свойств медицинской услуги рыночные отношения в здравоохранении возможны, но имеют ряд ограничений и особенностей.

Все это характеризует социальный сектор как комплекс отраслей хозяйства, выполняющих функции обеспечения материальных и духовных потребностей населения, это совокупность расходов на социальную помощь, социальное страхование и социальные услуги. Эти же функции выполняет и здравоохранение.

Экономические особенности социального сектора заключаются в том, что социальный сектор обеспечивает социальные потребности общества, создает условия для жизнедеятельности человека, организует обслуживание процесса потребления с целью удовлетворения спроса населения на социальные услуги. В социальном секторе производятся как материальные, так и нематериальные услуги, используются финансовые, материальные и трудовые ресурсы, осуществляется инвестиционное обеспечение. В этом смысле социальный сектор можно рассматривать как организованное производство, где социальные критерии являются определяющими.

Фактически социальный сектор должен решать следующие вопросы:

1) как предпочтения потребителей превратить в цели, преследуемые государством;

2) какие блага поставлять обществу;

3) как эти блага поставлять наиболее эффективно?

Социальный сектор выполняет следующие функции:

- распределение и обмен;
- предоставление потребительских услуг;
- охрана здоровья населения;
- просвещение;
- управление;
- охрана общественного порядка.

В социальный сектор экономики включаются:

- здравоохранение;
- физическая культура;
- социальное обеспечение;
- просвещение;

- культура и искусство;
- наука и научное обеспечение;
- страховое обслуживание;
- управление;
- деятельность общественных организаций и некоторые другие виды деятельности, создающие благоприятные условия для жизни.

Критериями отнесения той или иной отрасли к сфере нематериального производства могут служить следующие:

- *социальная направленность услуг*: цель предоставления услуг — удовлетворение социальной потребности человека;
- *совпадение условий производства и потребления услуг*: потребитель может оценить полезность услуги только после акта «производство — потребление» и заранее не имеет возможности оценить ее качество;
- *возможности хранения и транспортировки*: общим критерием является невозможность хранения и транспортировки услуг (деятельность, где это возможно, относится к продолжению производства в сфере обращения товаров и услуг);
- *связь услуги с ее производителем*: услуга не существует отдельно от производителя, и в процессе ее производства (предоставления) осуществляется личный контакт потребителя и производителя.

По этим причинам медицинская услуга как экономическая категория имеет следующие характерные черты:

- 1) ограниченность действия принципа исключения из потребления, т.е. отсутствие способа исключения индивида из процесса пользования этими благами;
- 2) неделимость, т.е. часто возникающая невозможность предоставления этих благ отдельным лицам;
- 3) трудность нормирования;
- 4) трудность выражения в стоимостной (денежной) форме;
- 5) число пользователей этих услуг может превышать число покупателей этих услуг, особенно когда речь идет о чистых общественных благах (например, программах борьбы с эпидемиями и т.п.).

Таким образом, большинство услуг социальной сферы, в том числе и здравоохранения, обладают этими характеристиками не полностью и имеют товарную природу. Поэтому возможно участие в предоставлении этих благ как государства, так и частной системы здравоохранения с использованием рыночных механизмов и экономических методов регулирования процесса.

Медицина как социальная практика находит свое отражение в экономической политике государства в сфере здравоохранения. Сущность экономической политики в области здравоохранения заключается в том, что она должна быть нацелена на достижение межотраслевого результата экономического, технологического и организационного взаимодействия субъектов макроэкономической корпорации отрасли здравоохранения — улучшение здоровья населения и каждого человека. Главные экономические условия достижения данного результата — автономия и равные права субъектов корпоративных отношений, руководство и контроль должны

осуществляться с помощью договоров, совместного принятия решений, нормативных оценок. Степень участия каждого субъекта макроэкономической корпорации определяется потенциальным вкладом в достижение межотраслевого результата.

1.3. Макроэкономическая корпорация здравоохранения. Технологии обеспечения качества в медицине и стандартизация здравоохранения

Макроэкономическая корпорация здравоохранения должна представлять собой сетевое информационное объединение (СИО) — объединение предприятий и организаций, использующих долговременные кооперационные и информационные связи. Данная сетевая система образует межсекторальную совокупность самостоятельных и самоорганизующихся субъектов корпоративных экономических отношений здравоохранения, объединяемых целью улучшения здоровья населения. Таким образом, макроэкономическая корпорация здравоохранения должна представлять собой союз разнопрофильных производств, отраслей и секторов экономики, регулируемых государством, прямо или косвенно обслуживающих здравоохранение. В макроэкономическую корпорацию здравоохранения входят поставщики экономических ресурсов для организаций здравоохранения. Они образуют систему экономических и управленческих взаимосвязей в виде стратегических альянсов, договоров, совместных принятий решений.

Рассмотрим более подробно, какие отрасли экономики и что именно поставляют для здравоохранения в виде ресурсов.

1. Электроэнергетика. Топливная промышленность. Связь. Транспорт. Водное хозяйство. Материальный ресурс — коммунальное и прочее хозяйство организаций здравоохранения.

2. Промышленность строительных материалов. Строительство. Материальный ресурс — здания медицинского назначения.

3. Промышленность медицинской техники. Материальный ресурс — медицинское оборудование.

4. Химико-фармацевтическая промышленность. Материальный ресурс — лекарственные средства, химические реактивы.

5. Легкая промышленность. Материальный ресурс — обмундирование медицинского персонала, мягкий инвентарь, изделия медицинского назначения.

6. Пищевая промышленность. Материальный ресурс — продукты питания для больных и населения, пищевые добавки.

7. Образование. Трудовой ресурс — медицинские работники.

8. Наука и инновации. Трудовой ресурс — медицинские работники.

9. Государственные финансы и финансы других уровней. Финансовые ресурсы — финансовые средства Федерального бюджета РФ, бюджета субъекта РФ, местного бюджета.

10. Денежно-кредитная система. Финансовые ресурсы — финансовые средства ФФОМС, ТФОМС, филиалов ТФОМС, Фонда социального

страхования, страховых медицинских организаций в условиях добровольного медицинского страхования (ДМС) и ОМС.

11. Граждане — поставщики финансовых средств для организаций здравоохранения в виде доходов от платных медицинских услуг (личные финансовые средства пациентов и их родственников).

Эта сложная система экономических связей нуждается в государственном регулировании для создания условий взаимодействия и достижения главной цели — улучшения здоровья населения страны.

Экономическое регулирование — целенаправленный процесс, обеспечивающий поддержание или изменение экономических явлений и их связей. Регулирование — это функция системы управления. Управление — это способ воздействия на процесс труда. Причиной государственного вмешательства в деятельность отрасли здравоохранения выступает существование так называемых внешних эффектов рынка. Роль, которую рыночные механизмы могут и должны играть в социально ориентированной системе здравоохранения, остается противоречивой. Использование рыночных механизмов в здравоохранении рискует создать условия недоступности качественного медицинского обслуживания. Поэтому рынок услуг здравоохранения должен быть регулируемым. Свобода рынка в здравоохранении часто ограничена соображениями морально-этического порядка, возникающими противоречиями между сутью деятельности врача и рыночными условиями.

Ограничения рынка связаны с определенными противоречиями:

1) противоречие между источниками финансирования отрасли (бюджет, ОМС) и степенью свободы использования финансовых средств учреждением здравоохранения, врачом;

2) результативность деятельности врача трудно выразить в стоимостной форме. Было бы идеально, если бы труд врача измерялся достигнутым уровнем здоровья пациента, но как это сделать — пока не придумано;

3) низкая покупательная способность населения может быть ограничителем предоставления объективно дорогих медицинских услуг;

4) у рыночного механизма отсутствует так называемая встроенная социальная ориентация, рынок ориентирован на прибыль;

5) часть медицинской помощи является предметом «коллективного потребления»;

6) недостаток медицинских знаний пациента уменьшает возможности его «рыночной самонастройки». С одной стороны, он может быть потерян отраслью как клиент, несущий доход;

7) масштабы проблем охраны здоровья диктуют необходимость концентрации и координации усилий по их решению государством.

«Отрицательный эффект» рынка связан, например, с загрязнением окружающей среды и, как следствие, ухудшением здоровья населения. Использование рыночных механизмов не решит этой проблемы, понадобится вмешательство государства, в том числе административное.

С другой стороны, нужна санитарно-просветительная работа, пропаганда здорового образа жизни как политики государства в области охраны здоровья населения для того, чтобы снизить риски и создать благоприятные

ятные условия жизни, обусловленные состоянием здоровья населения. Положительным «внешним эффектом» государственного вмешательства в деятельность отрасли здравоохранения выступает установление государством стандартов качества медицинской помощи. Достижение качества медицинской помощи проявляется в сокращении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни. Этот эффект проявляется во всех отраслях материального производства. При этом предотвращается экономический ущерб, который может возникнуть вследствие невыхода на работу по болезни; снижаются расходы на организацию медицинской помощи населению. Эти финансовые средства могут быть направлены на другие важные государственные цели.

Достижение качества медицинской помощи связано с показателем увеличения средней продолжительности жизни населения. Динамика этого показателя отражается в табл. 1.3.

Таблица 1.3

Средняя продолжительность жизни в некоторых странах¹, лет

Страна	Годы		
	1990	2009	2012
Албания	69	73	74
Белоруссия	71	70	72
Болгария	71	74	74
Венгрия	69	74	75
Греция	77	80	81
Канада	77	81	82
Польша	71	76	77
Российская Федерация	69	68	70
Саудовская Аравия	69	72	78
США	75	79	79
Швейцария	78	82	83
Япония	79	83	84

Критерии эффективности государственного регулирования деятельности в отрасли здравоохранения следующие:

- успешная реализация государством функций гаранта соблюдения всеобщего социально-экономического интереса — улучшения здоровья населения;
- наличие условий, обеспечивающих доступность медицинской помощи всем категориям граждан;

¹ Павлов М. Географический справочник «О странах», 2015 [Электронный ресурс]. URL: http://ostranah.ru/_lists/life_expectancy.php; Семенов В. Ю. Лекция «Экономика и здравоохранение: что общего?», 2014.

- определение отношения платной и бесплатной для населения медицинской помощи, гарантирующего нормативное потребление медицинских услуг как состоятельными, так и малообеспеченными слоями населения;
- обеспечение эффективности сертификации и лицензирования медицинской деятельности, а также деятельности по производству лекарственных препаратов и т.п.

Объектом регулирования могут являться:

- структура лечебной сети;
- объемы медицинской помощи;
- соплатежи населения;
- движение трудовых, материальных и финансовых ресурсов;
- процесс формирования рыночной среды;
- формы конкурентной борьбы (например, государство может утвердить принципы конкурентного размещения заказа на оказание медицинской помощи, определить правила проведения конкурса на заключение договоров с учреждениями здравоохранения по ОМС, выдвинуть требование к применению стандарта медицинской помощи, определить критерии качества медицинской помощи и др.).

К экономическим методам государственного регулирования относятся:

- финансовые методы;
- кредитно-денежные методы;
- методы стратегического планирования и прогнозирования (на 8—10 лет), а также бизнес-планирование (на 1—3 года) в условиях государственно-частного партнерства.

Помимо экономических, не исключаются и административные методы регулирования деятельности в отрасли здравоохранения.

В связи с этим определяются функции государства в области здравоохранения:

- постоянный контроль над качеством медицинских услуг;
- финансирование социально значимой медицинской помощи;
- сглаживание негативных рыночных последствий в негосударственном секторе здравоохранения;
- формирование культуры медицинского обслуживания;
- использование государственной собственности для осуществления гарантий бесплатной медицинской помощи населению;
- обеспечение прав пациентов;
- страхование профессиональной ответственности врача;
- определение объемов финансирования, соответствующих потребностям, объему и структуре медицинской помощи;
- заключение договоров на выполнение государственного заказа и программ медицинской помощи населению;
- осуществление мониторинга эффективности государственных программ здравоохранения.

Таким образом, государство, выступая собственником значительной части объектов здравоохранения и реализуя экономические отношения собственности, имеет экономические и общественные интересы, которые осуществляются через государственное регулирование, выработку соци-

альной политики и формирование нормативно-правовой базы здравоохранения.

К нормативно-правовым основам здравоохранения, создаваемым государственными органами управления, относятся приказы Минздрава России и ФФОМС, направленные на обеспечение качества медицинской помощи через процессы стандартизации. К документам стандартизации в здравоохранении относятся:

- Федеральный закон от 29.06.2015 № 162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации»;

- пункт 3в постановления Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности». В данном документе отмечено, что государственный контроль осуществляется в том числе путем «проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»;

- Приказ Минздрава России от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта “Протоколы ведения больных. Общие требования”»;

- Приказ Минздрава России от 31.01.2001 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта “Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении”»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Утверждено более 47 порядков оказания медицинской помощи. **Порядок** — это четко прописанный алгоритм оказания медицинской помощи при той или иной группе заболеваний. Также к 2015 г. разработано более 200 клинико-статистических групп (КСГ) в здравоохранении Российской Федерации.

Стандартизация в здравоохранении решает пять основных управленческих и экономических задач:

- 1) определение объемов финансирования медицинской помощи с учетом стандартов ее оказания;

- 2) защита прав пациента;

- 3) страхование профессиональной ответственности врача;

- 4) расчет тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования;

- 5) контроль качества медицинской помощи, предоставляемый населению Российской Федерации.

К технологиям обеспечения качества в медицине, помимо стандартизации лечебных и организационных процессов, относятся механизмы аккредитации и сертификации как врачей, так и медицинских учреждений. Постепенно становится актуальным проведение международной сертификации организаций здравоохранения. Это осуществляется на основе Системы всеобщего менеджмента качества (*Total Quality Management, TQM*) как метода непрерывного повышения качества всех организационных про-

цессов. В Российской Федерации используется стандарт ГОСТ *ISO 9001—2011* (межгосударственный стандарт «Системы менеджмента качества. Требования»), в котором изложены требования к системе менеджмента качества в организации. Также известен стандарт *ISO 15189:2003* «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности», определяющий специфические требования к клинико-диагностическим лабораториям.

Качество — это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые требования. Качество медицинской помощи (КМП) определяется как совокупность характеристик лечебно-диагностического процесса, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента (населения) его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии, профессиональным стандартам. Качество организации медицинской помощи (КОМП) экспертным сообществом определяется как совокупность организационных характеристик медицинской помощи, включающая в себя доступность, преемственность, ориентированность на удовлетворенность пациента, безопасность, своевременность и научно-технический уровень, стабильность процесса и результата.

В сфере общественного здоровья и здравоохранения сегодня являются обязательными для применения организационные технологии повышения качества медицинской помощи и ее экспертной оценки через единый подход к лицензированию, сертификации, аттестации организаций здравоохранения, их аккредитации, медицинскому аудиту, экспертизе качества. Данные механизмы развиваются в стремлении создать объективные подходы к оценке качества, а также улучшить систему оказания медицинской помощи.

Вопросы и задания для самопроверки

Контрольные вопросы

1. Что является предметом изучения экономики здравоохранения?
2. Назовите субъекты макроэкономической корпорации и охарактеризуйте их.
3. Какие главные черты характеризуют медицинскую услугу как экономическую категорию?
4. Каковы функции государства, реализуемые в здравоохранении?
5. Какие нормативные акты являются основой процесса стандартизации в здравоохранении?
6. Дайте определение качества медицинской помощи.
7. Какие отрасли экономики поставляют ресурсы для здравоохранения и какова мера их социальной ответственности?

Задание 1.1

С целью выработки важного управленческого решения вам поручено определить, с кем ваша медицинская организация должна установить договорные отношения и на каких условиях. Для этого установите взаимосвязи (укажите стрелками на схеме 1.1) между субъектами макроэкономической корпорации здравоохранения.

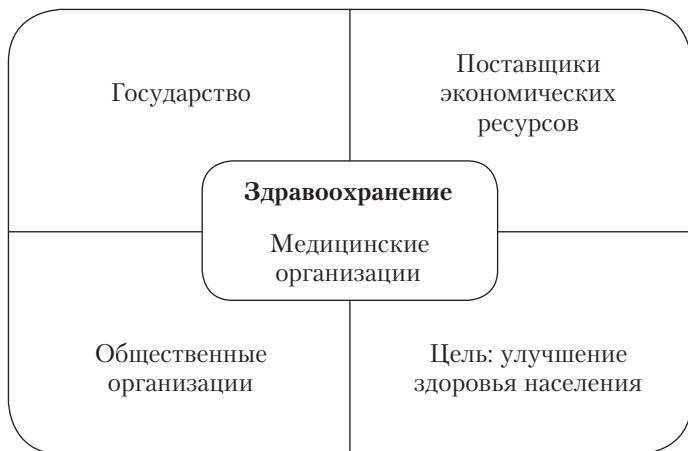


Схема 1.1. Субъекты экономических отношений здравоохранения как макроэкономической корпорации

Тесты

1.1. Укажите, что из перечисленного ниже не относится к основным функциям рыночного механизма:

- а) ценообразование;
- б) обеспечение социальных гарантий;
- в) соединение субъектов хозяйствования;
- г) саморегулирование, стимулирование объемов производства продукта, достижение баланса между объемами «спроса» и объемами «предложения».

1.2. Экономика здравоохранения — часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных отраслевых экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук.

1.3. Экономика здравоохранения — это наука:

- а) о законах хозяйства и их развитии;
- б) о действиях людей в соответствии с законами хозяйства;
- в) о функционировании здравоохранения как отрасли народного хозяйства, социальной ответственности и экономической целесообразности управления здравоохранением, об ограниченных ресурсных возможностях и возрастающих потребностях в услугах здравоохранения, об экономических отношениях в конкретных условиях предоставления медицинской помощи;
- г) об осуществлении производственно-хозяйственной деятельности.

1.4. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам — это:

- а) индукция;
- б) синтез;
- в) единство логического и исторического;
- г) научная абстракция.

1.5. Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья — это:

- а) действия различных государственных структур;
- б) действия различных специалистов здравоохранения;
- в) мероприятия экономического, социального и правового характера;
- г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

1.6. Укажите базовое понятие экономики здравоохранения:

- а) эффективность;
- б) управление;
- в) ресурсы;
- г) спрос.

1.7. К формам собственности в здравоохранении не относится:

- а) общественная собственность;
- б) государственная собственность;
- в) муниципальная собственность;
- г) частная собственность;
- д) коллективно-долевая собственность.

1.8. Для учреждения здравоохранения субъектами финансовых отношений не являются:

- а) финансовое управление Департамента здравоохранения;
- б) казначейство;
- в) фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС);
- г) страховые медицинские организации (СМО);
- д) налоговая инспекция.

1.9. Каково основное назначение КСГ в системе финансирования здравоохранения:

- а) основное назначение КСГ — в обеспечении единообразия оплаты стационарной помощи по законченному случаю в системе ОМС;
- б) основное назначение КСГ — утверждение процесса стандартизации в здравоохранении;
- в) основное назначение КСГ — в создании стандартов медицинской помощи;
- г) все ответы неверны?

1.10. К экономическим методам государственного регулирования здравоохранения относятся:

- а) финансовые методы;
- б) кредитно-денежные методы;
- в) методы стратегического планирования и прогнозирования;
- г) все ответы верны.

Глава 2

СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

После изучения главы 2 студент должен:

знать

- релевантную область исследований взаимоотношений врача и пациента;
- специфику и отличительные черты статуса пациента как субъекта и объекта в медицинской деятельности;
- формы контроля гражданского общества над сферой здравоохранения;

уметь

- идентифицировать и классифицировать социальные роли и статусы пациента и врача в системе социальных отношений;
- применять теоретические знания к изменяющимся ситуациям в системе здравоохранения;
- давать самостоятельную оценку этического и правового характера;

владеть

- методами компаративизма социальных фактов в сфере здравоохранения;
 - навыками поиска информации, необходимой для совершенствования взаимоотношений врача и пациента;
 - навыками разрешения проблем, возникающих во взаимодействии врача и пациента как субъектов социальных отношений.
-

2.1. Социальные аспекты эффективности системы здравоохранения и роль государственного управления

Как результат обратной связи, именно в медицине наиболее наглядно и рельефно проявляются социальные отношения в виде управленческой деятельности. От управления здоровьем пациента зависит многое, и не только для пациента, но и для врача, а от управления деятельностью врачей зависит и благополучное существование отрасли в целом как части общественного устройства. В медицине наиболее ярко проявляется то, что в социологии называется «качеством жизни». Никакая другая общественная сфера так наглядно не подтверждает социальные отношения. «Качество жизни» в буквальном смысле слова проявляется в таких показателях, как высокий уровень рождаемости при низком уровне смертности, высокий уровень общественного здоровья при низком уровне заболеваемости, и в связанных с ними демографических и миграционных процессах. Поэтому важной и весьма актуальной при всех возможных подходах представляется политологическая, а точнее — социально-политическая, позиция, определяемая наличием (или отсутствием) у государства разверну-

той социальной политики — и в программном, и в реализуемом варианте. Речь идет о социальных стандартах, которые позиционирует государство по отношению к своим гражданам. Проблема социальной политики в этом смысле — стержневая, хотя бы потому, что именно благодаря ей само государство — и как понятие, и как политический институт, и как явление культуры — становится необходимой для гражданского общества структурой. Именно в свете социальной политики следует рассматривать теорию великого русского мыслителя В. С. Соловьева о праве человека и гражданского общества на достойное существование, о том минимуме социальной работы государства, без которой возможность самого его существования — вплоть до судьбы его конкретных носителей, а именно управленцев — ставится обществом под вопрос.

Собственно говоря, на примере своей социальной политики государство наиболее отчетливо показывает, кто же входит в его состав. В этом смысле социальная модель управления — регулятор общественных отношений. Особенно ярко это проявляется в медицине и здравоохранении. Здесь государство как раз наиболее доказательно, наглядно показывает, как оно относится к гражданскому обществу — не только к его обычаям, культуре, а к его бытию в самом буквальном смысле слова. Критерий качества управленческой деятельности элиты — хорошие демографические показатели и высокий уровень развития здравоохранения. Если говорить об экономике, то в этом смысле наиболее важны показатели микроэкономики. Нельзя говорить о достижениях страны, если во всей системе координат не ясна точка отсчета. А таковой является соответствие прожиточного минимума минимальной заработной плате или пенсии (или иного вида социального обеспечения) как источника дохода, т.е. забота о конкретном человеке.

Кроме того, отсутствие внятной и подтвержденной экономической социальной политики создает самому государству очень большие трудности в управлении. Невозможно эффективное перераспределение ресурсов (сырьевых, финансовых, кадровых, информационных и т.д.), управление их движением, нет управляемости социальной сферы, куда входит и здравоохранение. Управленческая практика любой страны, ориентированной на интересы своих граждан, позволяет претендовать на статус правового государства. Это в интересах самого государства при условии, что у элиты есть инстинкт самосохранения, стратегическое мышление и долгосрочное планирование интересов (в том числе и собственных), неотделимых от интересов своей страны и ее граждан.

Дешевле и эффективнее вводить экономическое соответствие затрат и доходов в социально значимой сфере в самом начале, чем переплачивать потом, поэтому и надо определять оптимальные затраты по важнейшим социальным программам в области здравоохранения, науки, образования, строительства жилья и сельского хозяйства. Никакой другой, утилитарной пользы, да еще и с рыночной, прагматичной точки зрения в виде «прибыльности» и «самоокупаемости здесь и теперь» у здравоохранения, науки, образования не было, нет и не будет. Если государственно не поддерживать здравоохранение и образование, это может привести к многократно боль-

шим тратам в связи с возможными вспышками эпидемий и нестабильностью в обществе.

Именно здравоохранение внятно показывает соотношение рыночного и общественного факторов в социальной политике. Например, рынок и общество в социальной политике — это параллельные структуры? Или это взаимоисключающие начала, которые государство только и делает, что «мирит» в пожарном порядке, так сказать, «на марше» увеличивая расходы на льготы и др.? Или они все-таки взаимодополняют друг друга? А если так, то в каких сегментах здравоохранения? В этом случае задача исследователя — дать рецепт, как это сделать успешно. В какой области медицины рынок приемлем, а в какой катастрофичен в силу отсутствия социальной политики не только для бедных, средних, но и самых обеспеченных слоев населения. Например, отсутствие финансирования при частичной самокупаемости и при частичных государственных инвестициях в большинстве областей медицины может обернуться негативными последствиями для общественного здоровья. При неразрывной связи элементов схемы «профилактика — диагностика — лечение (как «исправления ситуации»)» в любой отрасли (не только в медицине) дешевле и более правильно вкладывать деньги, казалось бы, в самый затратный и «ненужный» этап «профилактики» — мониторинг социальной сферы. Медицина явственно показывает: если не тратиться на медицинскую науку и образование, которые, действительно, сами по себе ничего материального не создают, то придется на более поздних этапах и более затратно бороться с последствиями негативных социальных изменений.

Социальная политика — мощное и эффективное средство управления. Еще в древнеиндийском социально-политическом трактате «Артхашастра», посвященном государственному управлению, например, четко указано, что нет ничего легче, чем разрушить то или иное государство и лишить власти правителя и его элиту, которые не заботятся о своих подданных, т.е. не успешны в социальной политике. Не случайно, именно исходя из своего опыта земского врача, А. П. Чехов в одном из писем отмечал, что без медицинской помощи на селе «мужики угрюмы».

Как известно, «всякая сущность самодостаточна и не нуждается в истреблении других для своего существования»: в этом сходятся все великие умы и в прошлом, и в настоящем. Экономика же в чистом виде, т.е. взятая вне общегуманитарного нравственного контекста в рыночном варианте, оборачивается в здравоохранении самыми тяжелыми последствиями, оставляет без защиты малоимущих граждан.

Однако социальная защита только «экономически слабых» и оставление без внимания активных, работоспособных членов общества лишает мотивации уже системообразующие слои населения. Так или иначе, актуальная мотивация, истинный объективный интерес тех, кто полон сил, состоит в защите и совсем юных, еще ничего не умеющих; и старых, уже не способных проявить свое умение. Поэтому государство и обязано в своей социальной модели защищать всех. И в этом смысле здравоохранение, медицина, наука, образование как стратегические средства общественного развития, обладающие долговременным, а не сиюминутым эффектом, должны быть предметом особого внимания и заботы государства.