

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

А. Ю. Соколов

**УПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2021

УДК 614.2:338.24(075.9)

ББК 51.1(2)я73

С 59

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 8 от 28.12.2020

Автор:

Соколов А.Ю. старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО

Рецензенты:

Терехович Т.И., заведующий лабораторией организационных технологий первичной медицинской помощи ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «БГМУ»

Соколов, А.Ю

С 59

Управление эффективностью в здравоохранении: учеб.-метод. пособие / А.Ю. Соколов. – Минск: БелМАПО, 2021. – 28 с.
ISBN 978-985-584-550-9

В учебно-методическом пособии представлены теоретические аспекты категории эффективности в здравоохранении, подробно изложена методология расчетов показателей медицинской, социальной и экономической составляющих эффективности.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Организация здравоохранения»; повышения квалификации руководителей, заместителей руководителей организаций здравоохранения. Может представлять интерес для научных и педагогических работников, ординаторов, аспирантов.

УДК 614.2:338.24(075.9)

ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-985-584-550-9

© Соколов А.Ю., 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАТЕГОРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	5
2. ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ ЭКОНОМИКИ И ФУНКЦИЙ УПРАВ- ЛЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	13
3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНО- СТЬЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	26

Никогда ни на одно мгновение мы не должны
забывать экономическую сторону дела

Томас Алва Эдисон

ВВЕДЕНИЕ

Любая организация здравоохранения создается для выполнения возложенных на нее целей и задач, которые определяются и задаются функцией управления – *планированием* и его главным компонентом *целеполаганием*. Обязательным ее составляющим являются критерии достижения целей и задач, то есть показателей, которые в настоящее время принято называть индикаторами конечных результатов. Именно они характеризуют эффективность функционирования любой системы. Здравоохранение есть – сложная, открытая, медико-социальная система, состоящая из множества подсистем. Следовательно, системный подход в организации и экономике здравоохранения является основным. Равнозначным ему, с позиции управления, является программно-целевой подход (или проблемно-целевой), методология которого предполагает алгоритм решения проблем управления ресурсами здравоохранения.

В данном пособии рассматриваются теоретические основы экономики (категории эффективности) и управления (в контексте его функций), дается авторское толкование сущности эффективного менеджмента в здравоохранении, как основного интеграционного механизма управления его эффективностью.

Учебное пособие предназначено для использования в работе организаторов здравоохранения: главных врачей учреждений здравоохранения, их заместителей, руководителей структурных подразделений организаций здравоохранения, научных и педагогических работников, ординаторов, аспирантов.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАТЕГОРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Эффективность является основной категорией экономики здравоохранения, наряду с доступностью и качеством. Следует отметить, что в организации и экономике здравоохранения она является приоритетом. Руководители ответственны за конечные результаты деятельности возглавляемых ими организаций, а конечные результаты – это показатели эффективности.

Экономика здравоохранения – наука, изучающая проявления экономических законов и отношений в здравоохранении, основной задачей которой является разработка моделей эффективного функционирования здравоохранения.

Экономика здравоохранения, как любая наука, имеет собственную методологию, т.е. комплекс методов исследования, познания. Основными из них, по мнению В.В. Головтеева и И.В. Пустового, являются аналитический, сравнительный, балансовый, нормативный и экспериментальный методы.

Аналитический метод используется для оценки экономических показателей (индикаторов) и выявления причин их изменения.

Сравнительный – при выборе оптимальных значений экономических показателей и вариантов решения проблем на основе альтернатив.

Балансовый метод предусматривает исследование соответствия выделяемых ресурсов поставленным задачам, его планирование и обеспечение.

Нормативный метод является основным в планировании и оценке эффективности деятельности систем в здравоохранении.

Метод эксперимента имеет целью практическую отработку научно обоснованных экономических решений в области здравоохранения.

При изучении экономических проблем здравоохранения используются, помимо выше перечисленных, методы функциональных и отраслевых экономик, бухгалтерского учета, статистический, экспертный методы, интервьюирование, хронометраж, математическое моделирование, экономико-математические методы и другие.

Современная методология управления экономикой строится, прежде всего, на *системном и программно-целевом подходах*.

Основной в организации (управлении) и экономике здравоохранения следует считать **категорию эффективности**. Безусловно, важными в здравоохранении являются категории доступности и качества, но приоритет категории эффективности обусловлен ее значением в планировании, реализации и оценке всего комплекса мероприятий здравоохранения. Эти прикладные аспекты ее применения позволяют констатировать легитимность понятия «управление эффективностью в здравоохранении».

Содержание категории эффективности в здравоохранении сложно, многоаспектно, многокомпонентно и имеет свои особенности в ее понимании и применении в сфере здравоохранения.

Содержание категории эффективности здравоохранения предлагается рассмотреть на основе сущностных характеристик, представляющих собой, прежде всего, системы показателей планирования и критерии оценки деятельности.

Основополагающим в категории эффективности является понятие «эффект» – (от латинского *effectus* – исполнение, действие), что и формулируется как конкретный результат действий. Одной из особенностей содержания категории эффективности в здравоохранении является то, что в отличие от других сфер и отраслей экономики в здравоохранении полезная деятельность оценивается тремя видами эффектов – медицинским, социальным и экономическим. При этом медицинский эффект является основным управляемым компонентом категории эффективности, достижение которого зависит от медицинских работников и медицинской науки. Без рассмотрения (оценки) медицинских эффектов, а соответственно, и медицинской эффективности, невозможно судить об эффективности деятельности организаций, служб и системы здравоохранения, так как основные конечные результаты их работы обусловлены в первую очередь именно медицинскими эффектами.

В качестве примеров медицинских эффектов в зависимости от уровня рассмотрения можно привести следующие.

1. На уровне метода (воздействия):
 - улучшение показателей, характеризующих здоровье пациента (лабораторных, функциональных и т.д.);
 - сокращение длительности диагностики, лечения;
 - ускорение процессов лечения и реабилитации.
2. На уровне индивидуального здоровья (пациента):
 - выздоровление, улучшение состояния пациента (если так трактует запланированный результат);
 - достижение ремиссии;
 - профилактика (предупреждение) осложнений и другие.
3. На уровне учреждения (учрежденческие показатели, характеризующие медицинские результаты работы):
 - увеличение числа пролеченных пациентов;
 - уменьшение показателей летальности;
 - снижение показателя средней длительности пребывания пациента на койке и другие.

4. На уровне общественного здоровья (как правило, территориальные показатели):

- повышение удельного веса привитых среди определенных групп населения;
- повышение индекса здоровья;
- снижение заболеваемости «управляемыми видами инфекций» и т.д.

Социальные эффекты выражаются через интегративные результаты деятельности, в которых, безусловно, присутствует медицинский компонент, но которые зависят также от других систем (институтов) государства и общества. Значение социальных эффектов более важно, хотя и менее зависимо от деятельности системы здравоохранения, поскольку их достижение зависит от влияния внеотраслевых по отношению к здравоохранению компонентов (факторов). Достижение социальных эффектов происходит на внеотраслевом уровне при ведущей и организующей роли медицины (например, борьба с социальными болезнями).

В качестве примеров социальных эффектов обычно приводятся:

- число предотвращенных случаев смерти или число сохраненных жизней;
- увеличение показателей рождаемости;
- снижение уровней смертности;
- повышение уровня медико-социального потенциала трудоспособности;
- увеличение средней продолжительности жизни и т.д.

Оценка медицинских и социальных эффектов проводится на различных уровнях и по различным категориям работников, учреждений, служб и т.д., то есть многопланово, для всестороннего системного анализа деятельности и последующего планирования мероприятий по ее совершенствованию. На практике это чаще всего производится на основе модели конечных результатов. При этом модель конечных результатов, представляющая собой набор показателей запланированных эффектов (если они выражаются в абсолютных цифрах) или набор критериев (индикаторов) эффективности (если они выражаются относительными величинами) выступает основным инструментом (элементом) для расчета показателей эффективности работы управляемой (или анализируемой) системы.

Показатель, выбираемый для оценки эффектов (медицинских и социальных), должен отвечать определенным требованиям:

1. имеет числовое значение или количественную меру выражения.

2. Быть специфичным, то есть иметь прямое отношение к оцениваемому результату.

3. Быть чувствительным к отклонениям и обеспечивать корректность выводов.

4. Быть доступным в понимании, получении информации и простым в технике расчета.

5. Быть сопоставимым при оценке аналогичных мероприятий, методов, видов деятельности, категорий персонала, служб и т.д.

6. Быть надежным, то есть однозначным в оценке разными экспертами.

7. Быть интегративным, то есть характеризующим эффект в достаточно полном объеме.

8. Быть достижимым (выполнимым) в течение отчетного временного периода.

Важное значение в оценке эффектов придается интегральным (интегративным) показателям (критериям, индексам, индикаторам), позволяющим учитывать большее число факторов, влияющих на конечный результат (системный продукт).

Количественная характеристика медицинского и социального эффектов может быть выражена по-разному. Главное, чтобы это значение характеризовало эффект (результат), а не эффективность (степень достижения запланированного эффекта.)

1. Эффекты могут быть выражены простыми числами. Например, количество пролеченных пациентов, сокращение длительности диагностического периода в стационаре (медицинские эффекты) или число предотвращенных случаев смерти, число предотвращенных случаев выхода на инвалидность (социальные эффекты).

При этом количество пролеченных пациентов вне зависимости от их числового значения, безусловно, будет характеризовать медицинский эффект (как один из основных результатов). Но с категорией эффективности этот медицинский эффект может позиционироваться только числовыми значениями, характеризующими положительную динамику лечебно-диагностического процесса. Так, данные медицинские эффекты (число пролеченных пациентов) могут при отрицательных сравнительных показателях абсолютных цифр (отрицательной динамики) являться безусловными показателями, характеризующими медицинскую эффективность с положительной стороны. Например, увеличение числа пролеченных пациентов с тяжелыми формами заболеваний или ранее не проводимыми более сложными оперативными вмешательствами, требуют более длительных сроков лечения. По-

этому структура характеристик медицинских эффектов должна тщательно анализироваться, чтобы за количественной стороной не потерять более значимую качественную характеристику эффективности. Это также относится и к рассмотрению социальных эффектов.

2. Расчет эффектов может быть произведен арифметическими действиями, показывающими достигнутые прирост или уменьшение числовых значений эффектов по формуле:

$$\mathcal{E}_{\text{м(с)}} = \mathcal{E}_{\text{д}} - \mathcal{E}_{\text{б}}, \text{ где}$$

$\mathcal{E}_{\text{м(с)}}$ – медицинский (социальный) эффект;

$\mathcal{E}_{\text{д}}$ – достигнутый эффект;

$\mathcal{E}_{\text{б}}$ – эффект базисного периода.

3. Эффекты могут быть выражены относительными величинами, например, в процентах, промилях и др. или коэффициентах.

Например, при увеличении в отчетном периоде числа пролеченных пациентов с 500 до 600 медицинский эффект увеличения числа пролеченных пациентов рассчитывается по формуле:

$$\mathcal{E}_{\text{м}} = \frac{\mathcal{E}_{\text{д}} - \mathcal{E}_{\text{б}}}{\mathcal{E}_{\text{б}}} \times 100\% = \frac{600 - 500}{500} \times 100\% = 20\%$$

т.е. медицинский эффект в данном примере – увеличение числа пролеченных пациентов на 20 %.

Или, например, при показе медицинского эффекта снижения летальности с 4% до 2% при расчете по формуле:

$$K_{\text{эм}} = \frac{\mathcal{E}_{\text{м}}}{\mathcal{E}_{\text{м}}^1} = \frac{4\%}{2\%} = 2, \text{ т.е. показатель летальности снизился в 2 раза.}$$

Оценка медицинских и социальных эффектов проводится на различных уровнях и по различным категориям работников учреждений, служб и т.д. (т.е. многопланово) для всестороннего системного анализа деятельности и последующего планирования мероприятий по ее совершенствованию, например, на основе моделей конечных результатов. При этом модель конечных результатов, представляющая набор показателей запланированных эффектов, если они выражаются в абсолютных цифрах, или набор критериев (индикаторов) эффективности, если они выражаются относительными величинами, выступает основным инструментом (элементом) для расчета показателей эффективности работы управляемой (или анализируемой) системы.

Показатели эффективности (медицинской и социальной) в отличие от показателей эффектов при расчетах всегда соотносятся с запланированными значениями или предполагаемыми результатами.

Так, показатели медицинской эффективности в виде коэффициентов таковой ($K_{\text{м}}$) могут быть рассчитаны:

$$K_m = \frac{\text{Эм достигнутый}}{\text{Эм запланированный}}$$

Показатели социальной эффективности в виде коэффициентов (K_c) могут быть рассчитаны также, как отношение достигнутого социального эффекта к запланированному:

$$K_c = \frac{\text{Эс достигнутый}}{\text{Эс запланированный}}$$

При отсутствии показателей запланированных эффектов (модели конечных результатов) допустим расчет показателей медицинской эффективности в виде коэффициента по формуле:

$$K_m = \frac{\text{число случаев полного достижения эффектов}}{\text{число оцениваемых случаев}}$$

Но в этом случае интерпретация показателей K_m будет затруднена, если не будет ориентирована на нормативные, стандартные или другие показатели, принятые за эталоны.

Социальную эффективность чаще всего ассоциируют со степенью удовлетворенности пациентов медицинской помощью

$$K_c = \frac{\text{число случаев удовлетворенности пациентов медицинской помощью}}{\text{число оцениваемых случаев}}$$

где K_c – коэффициент социальной эффективности
или

$$K_{cy} = \frac{N_y}{N} \quad (\text{методика оценки качества}),$$

где K_{cy} – коэффициент социальной удовлетворенности

N_y – число пациентов, удовлетворенных данным видом помощи

N – общее число опрошенных пациентов

Щепин О.П. и Медик В.А. в качестве одного из основных критериев социальной эффективности определяют показатель доступности медицинской помощи, определяемый временными и материальными затратами различных групп населения. Так, например, для сельского населения это показатели средней удаленности от ближайшего медицинского учреждения или среднего времени, затрачиваемого жителями на их медицинское обслуживание.

Важным показателем доступности они считают индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях, определяемый отношением числа известных пациентам заболеваний к числу заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения, со значением числовой величины индекса от 0 до 1.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности, по их мнению, является индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения.

Что касается экономической эффективности, ее принято определять как соотношение полученного экономического эффекта к затратам на его достижение:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{экономический эффект}}{\text{затраты}}$$

Основой ее являются определение и расчеты экономического эффекта, основными слагаемыми которого в здравоохранении принято считать:

1. Прирост национального богатства в виде валового внутреннего продукта (ВВП).
2. Экономии средств фонда социальной защиты населения, идущих на оплату пособий по временной и стойкой трудоспособности.
3. Экономии затрат на лечение.

Становится очевидной экономическая составляющая приоритета оказания медицинской помощи населению трудоспособного возраста.

Множество конкретных методик расчетов экономических эффектов в здравоохранении можно отнести к двум методологическим подходам:

При первом подходе экономический эффект определяется как предотвращенный ущерб:

$$\text{ЭЭ} = Y_6 - Y_p, \text{ где}$$

ЭЭ – экономический эффект

Y_6 – ущерб, нанесенный явлением (заболеваемостью, смертностью и т.д.) в базисном году или периоде до внедрения метода, программы и т.д.

Y_p – ущерб, нанесенный данным явлением в расчетном периоде, т.е. после внедрения метода, программы.

Ущерб же определяется в зависимости от имеющихся слагаемых в рассматриваемом явлении. Например, при расчете экономической эффективности внедрения стационарзамещающих технологий в качестве предотвращенного экономического ущерба, т.е. экономического эффекта, будет выступать экономия средств на лечение в условиях круглосуточного стационара, а в случае с пациентом трудоспособного возраста к ней добавятся сокращение выплат пособия по временной нетрудоспособности и прирост ВВП на срок сокращения дней нетрудоспособности.

Второй подход объединяет группу методик непосредственного определения экономического эффекта – один из вариантов на основе расчетов удельной экономии затрат. Например, удельная экономия затрат на лечение в стационаре при новом методе лечения, приведшим к сокращению средней длительности пребывания пациентов в стационаре, может быть рассчитана по формуле:

$$УЭЗл = С_{кд} \times T_6 - С_{кд} \times T_p, \text{ где}$$

УЭЗл – удельная экономия затрат на лечение на 1 пациента;

Тб – средняя длительность лечения пациента в стационаре в базисном периоде (до внедрения нового метода лечения)

Тр – средняя длительность лечения пациента в стационаре в расчетном периоде

Скд – средняя стоимость 1 койко-дня. При данных расчетах величина стоимости 1 койко-дня приводится по показателям расчетного периода.

При расчете и оценке ущербов в качестве основных элементов необходимо учитывать затраты (издержки), являющиеся их слагаемыми. При этом принято различать прямой и косвенный виды ущерба, характеризующиеся соответственно прямыми и косвенными затратами. Прямые затраты выражаются стоимостью мер профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, санитарно-противоэпидемического обслуживания, научных разработок, выплат пособий по временной и стойкой нетрудоспособности. Косвенные затраты – более сложно определяемый компонент экономической категории ущерба, включающий аспекты качества жизни, производительности труда и других социальных факторов.

Кроме изложенных характеристик эффективности в здравоохранении, ставших во многом классическими, существуют и другие подходы к оценкам эффективности. Так, на наш взгляд, заслуживают внимания подходы, приведенные Ростовцевым В.Н., включающие системный, экономический, социальный и технологический, при которых производятся оценки соответствующих видов (системной, экономической, социальной и технологической) эффективности.

Помимо рассмотренных характеристик, составляющих определенную совокупность теоретических подходов к оценке эффективности здравоохранения в организации здравоохранения в практическом аспекте управления здравоохранением, все показатели деятельности учреждений здравоохранения принято подразделять на 3 группы:

1. Территориальные показатели, прежде всего характеризующие здоровье населения и демонстрирующие, соответственно, выполнение главной цели здравоохранения.

2. Показатели деятельности организаций здравоохранения – объемов медицинской помощи (учрежденческие показатели).

3. Показатели, характеризующие эффективность использования ресурсов здравоохранения.

С практической точки зрения основными ключевыми моментами в управлении эффективностью деятельности организации здравоохранения на основе указанных групп показателей следует считать:

1. Выбор качественных показателей оценки деятельности организации здравоохранения для включения их в модель конечных результатов.

2. Определение оптимальных количественных значений показателей деятельности организации здравоохранения.

3. Анализ показателей оценки эффективности в неразрывной связи с показателями доступности и качества медицинской помощи.

Таким образом, категория эффективности является ключевой в организации (управлении) и экономике здравоохранения и наряду с доступностью и качеством медицинской помощи составляет основу для определения миссии организации здравоохранения и процессов принятия решений.

2. ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ ЭКОНОМИКИ И ФУНКЦИЙ УПРАВЛЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Интеграция методов экономики и функций управления в системе эффективного менеджмента проявляется по всем направлениям, особенно в процессе организации работ и соответственно в большей степени применительно к одноименной функции управления (организации).

Управление представляет собой интегрированный процесс достижения целей системы посредством осуществления функций управления и применения соответствующих им технологий.

В любой области науки или практики главным элементом систем знаний, умений и навыков являются принципы.

Анри Файоль, автор теории административного управления, сформулировал 14 принципов управления, которые в целом соответствуют принципам управления современных школ с некоторыми уточнениями и дополнениями. Они не являются предметом сегодняшнего рассмотрения, хотя, без сомнения, остаются основополагающими элементами любой системы управления. Он утверждал, что управлять – значит предвидеть, организовывать, распорядиться, координировать и контролировать.

В современной науке наиболее распространенным является признание *четырёх* функций управления: планирование, организация, мотивация и контроль. На мой взгляд, этот ряд необходимо расширить и дополнить, чтобы не потерять управление системами и их взаимодействующими компонентами.

Дальнейшее совершенствование системы управления эффективностью в здравоохранении видится в использовании методологии эффективного менеджмента. Под эффективным менеджментом в здравоохранении следует понимать комплекс мер по управлению системами в здравоохранении с целью достижения наибольшей эффективности их функционирования.

Функции эффективного менеджмента в здравоохранении

1. Планирование
2. Организация
3. Распорядительство (распоряжение)
4. Координация
5. Стимулирование
6. Учет
7. Анализ
8. Контроль

Основным методологическим подходом к управлению проблемами общественного здоровья и здравоохранения, в том числе в контексте категории эффективности, следует считать программно-целевой (или проблемно-целевой). Соответственно в методологии управления, а именно в **функции планирования**, программно-целевое планирование является приоритетным.

Миссия программно-целевого планирования здравоохранения – достижение эффективного функционирования организации (объекта, системы) здравоохранения. Программно-целевой метод в планировании медицинских мероприятий позволяет увязать цели плана с ресурсами, необходимыми на их реализацию с помощью программ. Целевая программа представляет собой директивный адресный плановый документ, определяющий комплекс мероприятий по реализации одной или нескольких целей и подцелей, увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления. Структура программы может быть построена на принципах

декомпозиции генеральной цели или композиции частных целей.

Примерная структура *Программы совершенствования медико-санитарных мероприятий* может быть представлена следующим образом:

1. Целевой блок: главная цель, компоненты цели, задачи; критерии их достижения, последовательность реализации.
2. Структурный блок: целереализующий комплекс.
3. Технологический блок: комплекс мероприятий для каждой целереализующей системы.
4. Ресурсный блок: объем и структура всех видов ресурсов.
5. Организационный блок: ответственные исполнители, сроки реализации, механизм мониторинга.
6. Информационный блок: система информационного сопровождения хода реализации Программы по всем блокам.

Суть программно-целевого подхода: сформулировать проблему, осуществить целеполагание (спланировать миссию) и создать программу деятельности системы по решению проблемы.

Методологически программно-целевой подход лучше всего познается через следующую последовательную цепь понятий:

1. Проблема – различие между желаемым и действительным состоянием системы.

2. Цель – желаемое формализованное изменение системы, это желаемый результат, а не действия.

Целеполагание – главный элемент программно-целевого подхода: формулировка и декомпозиция цели на компоненты цели, подцели, задачи. Для каждого элемента цели критерии достижения – модель результатов.

3. Мероприятия (как правило, комплекс) направленных на достижение цели и, соответственно, решение проблемы.

4. Целереализующий комплекс (исполнители).

5. Целевое адекватное ресурсное обеспечение.

6. Мониторинг достижения целей и задач с непрерывным целенаправленным воздействием на системы.

Основу менеджмента составляет планирование объемов работы субъекта хозяйствования и соответствующих индикаторов их реализации.

Планирование объемов деятельности организаций здравоохранения

К основным исходным документам планирования объемов деятельности государственных организаций здравоохранения относятся:

1. Нормы и нормативы системы государственных социальных стандартов здравоохранения с нормативами функций должностей медицинского персонала.

2. Среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет бюджета на очередной год.

3. Показатели здоровья и деятельности модели конечных результатов административных территорий Республики Беларусь на очередной год.

4. Индикаторы здравоохранения и здоровья населения (приказ №363 МЗ).

К основным итоговым документам территориального планирования для государственных организаций здравоохранения относятся:

1. Территориальный план по обеспечению медицинским обслуживанием жителей района.

2. Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административной территории (района центральной районной больницы) в части территориальных показателей здоровья населения.

Основной итоговый документ планирования учреждений показателей – модель конечных результатов конкретной организации здравоохранения.

Планирование объемов деятельности медицинских учреждений (организаций) частной формы собственности осуществляется по методологии бизнес-планирования в соответствии с маркетинговой концепцией управления.

Организация, как **функция** эффективного менеджмента, характеризуется процессными интеграциями функций управлений и методов экономики и выражается в технологиях (в их выборе и эффективности использования), что, по сути, и составляет содержание эффективного функционирования субъекта хозяйствования. Эта функция является основой обеспечения конкурентоспособности субъектов хозяйствования, во многом зависит от структурирования процессов («дорожных карт» оказания услуг), оптимизации ресурсного обеспечения в соответствии с нормативным и балансовым методами экономики и владения знаниями и навыками эффективного менеджмента руководителями работ. Важно понимать, что данная функция должна быть направлена на реализацию миссии организации (целей и задач), достижение которых и будет конечным результатом, констатация которого будет исходить из системы оценки, базирующейся на системе планирования. В этом отношении следует, прежде всего, ориентироваться на индикаторы показателей здравоохранения и здоровья населения, которые содержат 324 показателя, 10 из которых относятся к показателям эффективности: микроэкономической – 6 и макроэкономической – 4 (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.03.2019 № 363).

Функция распорядительства (распоряжения) исходит из содержания права собственности (статья 210 Гражданского кодекса Республики Беларусь), которая определяет, что «собственнику принадлежат права владения, пользования и распоряжения своим имуществом»). Именно право распоряжения является основным проблемным правомочием в применении к государственным организациям, и, в частности, к государственным организациям здравоохранения. Часть 2 статьи 210 Гражданского кодекса Республики Беларусь гласит, что собственник может «отчуждать свое имущество в собственность другим лицам, передавать им, оставаясь собственником, право владения, пользования и распоряжения имуществом, отдавать имущество в залог и обременять его другими способами, а также распоряжаться им иным образом». В данном контексте в особом статусе выступает право распоряжения, то есть определения юридической судьбы вещи с точки зрения правового понимания распоряжения имуществом (продать, подарить, передать и т.д.).

Функция координации актуализировалась своей значимостью в приоритетах организации здравоохранения, в том числе:

1. Обязанности врача общей практики включают (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02. 2018 г. № 177):

- Организацию и координацию работы команды (врач общей практики – помощник врача – медицинская сестра общей практики);
- Координацию всего комплекса диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с привлечением при необходимости для этой цели специалистов организации здравоохранения.

2. В большинстве решений лечебно-контрольного совета (ЛКС) Министерства здравоохранения Республики Беларусь по разбору дефектов в организации медицинской помощи констатируется отсутствие или недостаточная преемственность в организации медицинской помощи, что является следствием недостаточности функции координации.

3. Координирующая роль руководителя организации здравоохранения (особенно главного врача центральной районной больницы) в решении медико-социальных проблем в регионе, при организации межведомственных комиссий и межведомственного взаимодействия (внеотраслевые отношения), определяют значимость координации и дают основание выделить ее из функции организации в самостоятельную функцию управления.

Название **функции «стимулирование»**, на мой взгляд, более подходит к эффективному менеджменту, чем «мотивация», тем более, что стимулирование является общепризнанным экономическим методом управления.

Учет предполагает постоянный сбор, систематизацию и обобщение данных медицинской, хозяйственной и другой деятельности для принятия решений в разрезе всех функций менеджмента и, прежде всего, анализа и контроля.

Анализ, именно экономический анализ, считается связующим звеном между учетом и принятием управленческих решений. Цель проведения анализа – оценка достигнутых результатов и выявления резервов повышения эффективности работы субъектов здравоохранения. При этом анализ призван решать следующие задачи:

- обеспечить всестороннее исследование выполнения планов (прежде всего, по принятым критериям достижения целей и индикаторам деятельности);
- определять и оценивать эффективность использования ресурсов здравоохранения;
- изучать влияние факторов (объективных и субъективных, внешних и внутренних, и других) на результаты работы;
- осуществлять оценку рисков и поиск внутренних механизмов для управления ими;
- проводить поиск резервов повышения эффективности функционирования всех подсистем субъекта здравоохранения.

Контроль выступает в качестве интегративной функции менеджмента, связанной со всеми остальными функциями управления и методами экономики, начиная с целеполагания и кончая оценкой эффективности. Функцию контроля называют функцией обратной связи менеджмента с объектом управления. Среди видовой классификации контроля обычно выделяют три вида: предварительный, текущий и заключительный. В рамках модели эффективного менеджмента здравоохранения следует говорить о непрерывном, системном, комплексном мониторинге процессов реализации планов эффективного функционирования субъектов здравоохранения.

В методологическом аспекте теории эффективного менеджмента в здравоохранении представляет интерес статья Ростовцева В.Н. и Михалеви-ча П.Н. «Технологический подход к управлению здравоохранением». В рамках этого подхода авторами было предложено комплексное и системное использование пяти аспектов управления (нормативного, организационного, экономического, методического и технологического) и трех способов управления (административного, адаптивного и рефлексивного) в создании и реализации медицинских технологий, моделировании вариантов стратегии управления и оптимизации самих технологий управления. Следует отметить,

что комплексность и системность – это понятия, которые составляют сущность эффективного менеджмента.

Каждая функция предполагает свою методологию, в которой следует понимать ранжирование приоритетов подходов и методов ее составляющих. Так, в планировании – приоритет за программно-целевым подходом, в анализе – за системным.

Эффективный менеджмент в здравоохранении предполагает интегрирование всех его элементов и прежде всего функций менеджмента с методами экономики здравоохранения.

Интегративный подход к применению базисных методов экономики (по Головтееву В.В. и Пустовому И.В.) в системе управления ресурсами здравоохранения по ранжиру приоритетов методов экономики здравоохранения.

Табл. 1. Методы экономики здравоохранения в системе управления ресурсами по ранжиру приоритетов

Виды ресурсов здравоохранения	Методы экономики здравоохранения (по ранжиру приоритетов)
Кадровые	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативный 2. Аналитический 3. Сравнительный 4. Балансовый 5. Экспериментальный
Финансовые	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативный 2. Балансовый 3. Сравнительный 4. Аналитический 5. Экспериментальный
Материальные	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативный 2. Балансовый 3. Сравнительный 4. Аналитический 5. Экспериментальный
Технологические	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативный 2. Сравнительный 3. Аналитический 4. Экспериментальный 5. Балансовый
Информационные	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормативный 2. Аналитический 3. Сравнительный

	4. Экспериментальный 5. Балансовый
Временные	1. Нормативный 2. Аналитический 3. Сравнительный 4. Экспериментальный 5. Балансовый
Фармресурсы	Типы фармако-экономического анализа 1. Анализ «Эффективность затрат» 2. Анализ «Минимизация затрат» 3. Анализ «затраты - полезность» 4. Анализ «затраты – прибыль (польза)» 5. Анализ «стоимость болезни»

Данные таблицы свидетельствуют о приоритете *нормативного* метода экономики в управлении всеми видами ресурсов здравоохранения.

Нельзя не отметить актуализацию методов экономики в современных условиях, основные характеристики которой, представлены в Таблице 2.

Табл. 2. Основные характеристики актуализации методов экономики здравоохранения в современных условиях.

Методы экономики здравоохранения	Основные индикаторы их актуализации
Аналитический	1. Комплексный анализ основных показателей деятельности. 1.1. Основной (медицинской) 1.2. Хозяйственной 1.3. Финансовой и т.д. 2. Анализ хозрасчетной деятельности – объема и структуры продаж медуслуг по сегментам рынка. 3. Анализ основных факторов обеспеченности и эффективности использования ресурсов. 4. Анализ управления издержками и ценообразованием (себестоимостью услуг). 5. Анализ финансовых результатов деятельности, ее финансово-имущественного состояния и др.
Сравнительный	Главная цель метода – выбор наиболее эффективного пути решения проблемы на основе анализа альтернатив. Актуализация чрезвычайная в связи с влиянием на конечные показатели эффективности функционирования систем.

Балансовый	Суть – соответствие выделяемых ресурсов поставленным задачам. Факт актуализации – «сбалансированность» как основное требование к любой программе по ее ресурсному обеспечению.
Нормативный	Основной инструмент планирования и оценки деятельности субъектов в современных условиях.
Экспериментальный	Основной экономический эксперимент – переход от финансирования государственной организации здравоохранения на ее текущее содержание (по смете затрат) на планирование и оплату объемов деятельности на основе клинико-затратных групп.

Сущность управления эффективностью в здравоохранении заключается в использовании методологии эффективного менеджмента, основу которого составляет интегрирование всех элементов системы менеджмента.

3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ

С позиции методологии для понимания сущности рыночных отношений в здравоохранении и управления ими (в плане эффективного функционирования систем) невозможно обойти понятия «маркетинг», «бенчмаркинг» и маркетинговую концепцию управления. «*Маркетинг*» от англ. «market» (рынок), в буквальном смысле слова, – деятельность, связанная с рынком.

В моем представлении, *маркетинг в здравоохранении* – это комплексная система мер по организации и управлению хозрасчетной деятельностью учреждения здравоохранения, основанная на изучении и формировании спроса на медицинские услуги, строго направленном расходовании имеющихся ресурсов с целью наиболее полного удовлетворения населения (пациентов) в медицинских услугах.

Как и любая система управления, маркетинг основывается на системе принципов. На мой взгляд, наиболее удачно принципы маркетинга изложены А.П. Дуровичем. К ним он относит:

1. нацеленность на четко выраженный коммерческий результат.
2. Комплексный подход к достижению поставленных целей.
3. Максимальный учет условий и требований рынка с одновременным целенаправленным воздействием на него.
4. Долговременный «горизонт видения» целей.
5. Активность, наступательность, предприимчивость.

Цель маркетинга в системе активного воздействия на медицинский рынок – достижение преимуществ у потребителей медицинских услуг по сравнению с конкурентами.

Учитывая актуальность проблемы экспорта медицинских услуг в современных условиях и повышения их конкурентоспособности, в качестве механизма организации экспорта медицинских услуг предлагается следующий алгоритм маркетинговых действий.

Алгоритм маркетинга экспорта медицинских услуг:

1. Изучение потребностей в медицинских услугах.
2. Оценка конкурентоспособности медицинских услуг, предлагаемых на экспорт (экспорт медицинской услуги).
3. Оценка конкурентной среды (экспортеров медицинских услуг).
4. Выбор оптимального сегмента по товарному ассортименту услуг, по платежным возможностям и т.д.
5. Совершенствование медицинской услуги в соответствии с требованиями рынка.
6. Определение эффективной ценовой политики.
7. Разработка системы ФОССТИС (формирование спроса и стимулирования сбыта).
8. Проведение всего комплекса мер Public relations и Promotion (общественные отношения и продвижение).

Место и роль маркетинга в медицинском бизнесе нельзя переоценить и преувеличить. Маркетинг начинается с идеи, пронизывает и объединяет (интегрирует) все стороны и этапы бизнеспроцесса (разработку, оказание мед-услуг, финансово-экономические, обеспечивающие и другие функции).

Особое значение имеет такая функция маркетинга, как *ценообразование*. Следует заметить, что в ценообразование в экономике – это основной механизм развития хозяйствующего субъекта, основной экономической метод управления, основная функция маркетинга (наряду с бизнеспланированием). Рыночная экономика отличается от плановой, прежде всего, свободой ценообразования. В качестве примера можно привести минимальный набор рыночных методов ценообразования:

- на основе издержек производства («издержки + прибыль»);
- на основе анализа безубыточности и обеспечения целевой прибыли;
- на основе ощущаемой ценности товара;
- на основе уровня текущих цен;
- на основе закрытых торгов;

- с ориентацией на спрос.

Кроме того, в ценообразовании выделяют 6 групп рыночных стратегий, а именно:

1. Стратегии дифференцированного ценообразования.
2. Стратегии стимулирующего ценообразования.
3. Стратегии ценообразования со скидками.
4. Стратегии географического ценообразования.
5. Стратегии ассортиментного ценообразования.
6. Стратегии конкурентного ценообразования.

Следует обратить внимание на то, что главным элементом в ценообразовании является определение себестоимости (калькуляция). Законодательство Республики Беларусь признает объектом (предметом) включения в себестоимость только прямых явных затрат (издержек). Соответственно такие виды, как «вмененные издержки», предполагающие возмещение через цену товара (услуги) «утраченных возможностей», не предполагаются и не допускаются. Поэтому ценообразование опирается на систему норм и нормативов, то есть, является нормируемой функцией маркетинга. Все выше изложенное имеет практическое приложение через учетную политику организации, систему ее бухгалтерского учета и выражается в бухгалтерском балансе – главном документе, отражающем конечный результат экономической состоятельности (или несостоятельности) хозяйствующего субъекта.

Весь комплекс маркетинговых средств (ресурсов) должен быть направлен на обеспечение конкурентоспособности хозяйствующего субъекта здравоохранения, прежде всего, через обеспечение конкурентоспособности предлагаемых им медицинских услуг. А конкурентоспособная медицинская услуга это та, которая реально покупается, а конкурентоспособная организация – это та, которая выходит на рынок с реально покупаемой услугой. Или от обратного: если услуга не продается – она не конкурентоспособна, и соответственно ее производитель – также не конкурентоспособен (при любых вариантах качества цены и других составляющих).

В практическом аспекте весьма значимо понятие «бенчмаркинг». Бенчмаркинг – способ изучения деятельности хозяйствующих субъектов, прежде всего конкурентов, в целях использования положительного опыта в своей работе. В основу бенчмаркинга положена идея сравнения деятельности не только конкурентов, но и передовых фирм других отраслей.

Этапы бенчмаркинга

1. Определение функций и процессов, требующих улучшения.
2. Определение наилучших фирм.
3. Измерение показателей фирмы.
4. Измерение показателей других фирм.
5. На основе анализа прогнозирование новых показателей фирмы.

Методология бенчмаркинга была разработана в 1972 году для оценки эффективности бизнеса Институтом стратегического планирования в Кембридже (США).

По сходной методологии построены современные процессы совершенствования организации здравоохранения, прежде всего, в виде модели «бережливого здравоохранения» в Российской Федерации и «заботливой поликлиники», «заботливой аптеки» в Республике Беларусь, основанные на научной концепции совершенствования качества работы компании «Тойота» (Япония).

Маркетинговая концепция управления здравоохранением в отличие от официальной состоит в различии главных задач (целей) здравоохранения:

При *официальной* (традиционной) концепции – это удовлетворение потребностей населения (пациентов) в медицинской помощи, а при *маркетинговой* – в удовлетворении спроса на медицинские услуги, то есть «платежеспособной потребности» в них. А спрос – это количество денег, которые люди не только готовы, но и желают заплатить за медицинские услуги на конкретном сегменте рынке.

Из множества определений рынка, наиболее удачным по сути, на взгляд автора, является определение Клода Менара, отметившим, то «рынок предстает главным образом как механизм передачи прав собственности». В этой связи функция эффективного менеджмента – *распоряжение* актуализируется, что требует расширения полномочий руководителей государственных учреждений здравоохранения в праве пользования и распоряжения собственностью этих учреждений.

Таким образом, эффективный менеджмент здравоохранения в рыночных условиях функционирования субъектов здравоохранения строится на тех же условиях интеграции функций управления и методов экономики и в значительной степени определяется правовыми возможностями их руководителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предметом рассмотрения в учебном пособии является основная категория экономики здравоохранения – эффективность с позиции возможности управления ею. Категория эффективности является приоритетной в организации и экономике здравоохранения, так как ее показатели характеризуют конечные результаты деятельности любой системы. Главной особенностью понимания и применения категории эффективности в здравоохранении состоит в том, что в здравоохранении всегда рассматриваются три ее вида: медицинская, социальная и экономическая. В Учебном пособии категория эффективности рассмотрена в аспекте методологии науки экономики здравоохранения, интеграции функций эффективного менеджмента и методов экономики: аналитического, сравнительного, балансового, нормативного и экспериментального.

Представлены теоретические аспекты категории эффективности и методы расчетов показателей эффектов и эффективности. В табличном формате рассмотрены вопросы ранжирования приоритетности методов экономики в управлении ресурсами и их актуализации в современных условиях.

Управление эффективностью здравоохранения в рыночных отношениях показано с позиции маркетинговой концепции управления, которая заключается в удовлетворении спроса, то есть платежеспособной потребности населения в медицинских услугах. Представлены возможный алгоритм маркетинга экспорта медицинских услуг, суть бенчмаркинга и основа организации экономической деятельности – ценообразование, как функция маркетинга.

Таким образом, управление эффективностью представляет собой достижение целей посредством интегрирования функций управления и методов экономики, что и составляет основу эффективного менеджмента в здравоохранении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гражданский кодекс Республики Беларусь 7 декабря 1998 г. № 218-З (в ред. от 18.12. 2019 № 277 - З).

2. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП (в ред. от 21.10.2016 № 433-З) «О здравоохранении».

3. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 года № 322-З (в ред. от 10.07.2012 N 426-З) "О государственных минимальных социальных стандартах" Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики».

4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 № 724 (в ред. от 09.11.2018) «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики».

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.07.2020 № 786 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2021 год».

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.07.2020 № 785 «Об утверждении Модели конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2020 год».

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.03.2019 № 363 «Об утверждении примерного Перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета».

8. Головтеев, В.В. Экономика здравоохранения / В.В. Головтеев, И.В. Пустовой // Большая медицинская энциклопедия: 3-е изд. – М. : Советская энциклопедия, 1986. – Т. 27. – С. 574–576.

9. Дурович, А.П. Маркетинг в предпринимательской деятельности / А.П. Дурович. – Мн. : НПЖ «Финансы, учет, аудит», 1997. – 464 с.

10. Менар, Клод. Экономика организаций ; пер.с франц. // под ред. А.Г. Худокормова. – М. : ИНФРА – М., 1996. – 160 с.

11. Орлов, Е.М. Категория эффективности в системе здравоохранения / Е.М. Орлов, О.Н. Соколова // Фундаментальные исследования, 2010. – № 4. – С. 70–75.

12. Пиневич, Д.Л. Здравоохранение Республики Беларусь: Программно-целевое планирование профилактических стратегий, направленное на достижение целей повестки дня в области устойчивого развития на период до

2030 года / Д.Л. Пиневиц, Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // *Здравоохранение*, 2017. – № 11. – С. 5–13.

13. Ростовцев, В.Н. Технологический подход к управлению здравоохранением / В.Н. Ростовцев, П.Н. Михалевич // *Здравоохранение Белоруссии*, 1994. – № 5. – С. 57–60.

14. Ростовцев, В.Н. Подходы к оценкам эффективности здравоохранения / В.Н. Ростовцев // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 2012. – Приложение. – С. 182–185.

15. Соколов, А.Ю. Предмет, задачи и основные понятия экономики здравоохранения / А.Ю. Соколов // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 1995. – № 2. – С. 48–51.

16. Соколов, А.Ю. Сущностные характеристики категории эффективности в здравоохранении / А.Ю. Соколов, М.В. Щавелева, О.А. Кульпанович // *Здравоохранение*, 2018. – № 3. – С. 5–9.

17. Щепин, О.П. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения / О.П. Щепин, В.А. Медик. – <http://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/meditsinskaya-sotsialnaya-i-ekonomicheskaya-effektivnost-zdravookhraneniya/>

Учебное издание

Соколов Алексей Юрьевич

УПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 28.12.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,69. Уч.- изд. л. 1,29. Тираж 100 Заказ 41.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

А. Ю. Соколов

**УПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Минск БелМАПО
2021

