

**УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
И КАЧЕСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ВВЕДЕНИЕ

В представленной здесь публикации описан ход и результаты семинаров по политике здравоохранения, которые в 1998-1999 гг. были проведены в балтийских странах Обществом теории и организации страхования. Семинары были частью трансформационной программы федеративного правительства Германии и финансировались федеративным министерством здравоохранения.

Эти семинары продолжают ряд мероприятий, который был начат в 1997 г. общим балтийско-немецким семинаром о ходе реформ здравоохранения в Эстонии, Латвии и Литве (16-19 сентября 1997 г. в Пярну, Эстония). В рамках программы семинаров 1998-1999 гг. Общество теории и организации страхования провело один семинар на тему «Задача менеджмента: качество и эффективность здравоохранения» (25-29 мая 1998 г. в Юрмале, Латвия) и один семинар на тему «Ограничение расходов - распределение затрат в здравоохранении» (21-25 сентября 1998 г. в Паланге, Литва). В дополнение к программе была организована научная командировка экспертов здравоохранения из балтийских стран в Кёльн (13-18 февраля 1999 года). Все мероприятия предназначались для представителей министерств здравоохранения, учреждений страхования здоровья и производителей медицинских услуг. Как со стороны немецких докладчиков, так и со стороны балтийских участников целью была взаимосвязь всех участвующих, и она была полностью достигнута. Балтийским участникам было предложено выступить с дополнительными докладами на отдельные темы.

Участие всех трёх стран не было обязательным ни в организационном плане, ни с точки зрения содержания выступлений. Так как реформы системы медицинского обеспечения в Эстонии, Латвии и Литве начались в разное время, нужно было учитывать различные стадии развития, ситуацию в конкретной стране, стратегии реформ и актуальность информации. Тем не менее, совместная программа для всех трех стран оказалась оправданной, так как существенные структурные условия похожи в этих трёх странах. Более того, определённые структурные проблемы можно наблюдать во всех странах мира. Несовпадающие рост издержек и изменения в размерах доходов, формирующихся путем оплаты взносов, превышающее спрос предложение услуг, изменения в численности и структуре населения, различные возможности в

применении и финансировании медико-технического прогресса заставляют подумать об использовании современных методов управления и о создании органов управления, согласующих предложение со спросом и заботящихся о качестве и экономичности медицинского обеспечения.

К подобным выводам приводит и анализ экономической ситуации. Сформулированное выше направление развития представляется верным, с одной стороны, на глобальном уровне, например, учитывая объективную ограниченность имеющегося в распоряжении бюджета или принимая во внимание размер дополнительных расходов по зарплате как местный, но крайне значимый во все более глобальной конкуренции, фактор. Это так же правильно и на микроэкономическом уровне, например, учитывая претензии производителей услуг на обеспечение им экономических средств существования или на свободу от вмешательства центрального руководства. Это видится соответствующим истине, наконец, и принимая во внимание попытки использовать обновляющую энергию рынка (вводя элементы конкуренции) для рационализации медицинского обеспечения.

Попытка на длительное время гарантировать и финансирование, и эффективность медицинского обеспечения в условиях несоответствия между интересами бюрократической, экономической и социальной политики является важной задачей. Взгляд за границы отдельной страны показывает, что нет ни оптимальных, ни окончательных решений связанных с этим проблем. Совершенствование медицинского обеспечения остается долгосрочной задачей. В этом контексте международный семинар не может дать никаких рецептов, но позволяет сообщить о стратегиях реформы, область применения которых ограничена, результат которых необходимо обсуждать, поспорить об их применимости в других странах.

На этом фоне можно кратко изложить цели семинара:

- Предоставление самой важной информации о стратегиях улучшения эффективности и качества медицинского обеспечения;
- Обсуждение стратегии, реализации и результатов реформы здравоохранения;
- Расширение обмена опытом и сотрудничества между участвующими странами;

- Улучшение взаимопонимания между различными сторонами в вопросах здравоохранения;
- Выяснение отправных пунктов для преобразования конкретных проектов реформ.

По положительной реакции на отдельные осуществленные мероприятия мы можем судить, что, по крайней мере, приблизились к этим целям. В определенной степени это заслуга балтийско-немецкой рабочей группы, которая подготовила содержание программы. Их сотрудникам, госпоже Рамуне Навицкене (Министерство здравоохранения Литовской республики), госпоже Инте Йансоне (Государственная Больничная касса, Рига) и господину Тоомас Йукк (Больничная касса, Таллинн), мы выражаем нашу особую благодарность. Мы должны поблагодарить и госпожу Кристине Курцемнике и госпожу Егита Поле за организационную подготовку семинара в Юрмале, а также господина Ромаса Буйвидаса (Центр экономики здравоохранения, Вильнюс) за организацию семинара в Паланге и большую работу по выпуску этой публикации.

Кельн, февраль 1999 г.
Бертрам Мюллер
Мартин Вреде

**1. семинар
с 25. до 29.05. 1998 года
в г. Юрмала (Латвия)**

Тема:

**«Задача менеджмента: качество и
эффективность здравоохранения»**

КАК ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕЙ И ВЫПОЛНИТЬ ЗАДАНИЯ, УПРАВЛЯЯ ПЕРСОНАЛОМ, ПОВЫШАЯ ЕГО КВАЛИФИКАЦИЮ И ИСПОЛЬЗУЯ ЕГО МОТИВАЦИЮ

Бертрам Мюллер

Эту обширную тему в рамках вводного доклада нельзя раскрыть в подробностях. Одной лишь теме „цели менеджмента” можно посвятить отдельный семинар. Столь же велики и другие, перечисленные в плане, темы.

1. ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В начале любого проекта необходимо настолько конкретно определить его цели, чтобы по завершении этого проекта или одного из его этапов можно было оценить его эффективность. Цель можно достичь только в том случае, если все участники проекта хорошо её себе представляют и стремятся к ней. Здесь важно указать, что обычно отдельно рассматриваются такие виды целей:

- Идеалы деятельности предприятия (философия)
- Стратегические цели (определённые для больших участков времени)
- Оперативные цели (в пределах ограниченных промежутков времени, например, 1 года)

Необходимо конкретно определить оперативные цели, договориться об общих целях и подготовить план работы и технологии (то, что необходимо для достижения определённой цели).

Краткое определение управления заключается в следующем: выполнять задания вместе с другими и руководя другими. Следовательно, хороший руководитель не тот, кто хорошо планирует, принимает решения и т.д., а тот, кто заботится о том, чтобы другие хорошо планировали, принимали правильные решения и т.д. Из этого вытекает, что недостаточно только формулировать и согласовывать цели, не создавая необходимые для достижения цели условия.

Рисунок 1. Для достижения цели, она должна быть известна



Руководство так же всегда имеет в виду возникновение противоречивых интересов и противоположных мнений, для которых нужно найти общее решение.

Для осуществления оперативных целей требуется не только реалистично и точно формулировать цель, но и конкретно планировать задания (составляя список действий, предпринимаемых мер), посредством чего происходит организация и осуществление целей проекта. Во время осуществления проекта и по его завершении происходит оценка результатов. Оценивая результаты, мы находим альтернативные способы достижения цели, решаем конфликты, возникающие на пути к цели. Если поставленная цель представляется как недостижимая или путь к ней неприемлем, нужно определить новую цель или найти другой путь к ней; таким образом, мы вновь оказываемся в начале цикла .

Важно понимать этот цикл организации или руководства не как процесс, происходящий в рамках строго определённого промежутка времени, но как процесс, который, в зависимости от хода проекта, нуждается в постоянном изменении и приспособлении к новой ситуации на основе промежуточных результатов. Важным и трудным заданием является установление структуры целей и из неё вытекающих промежуточных проектов, что помогает заблаговременно распознать неправильное развитие всего проекта.

Так же важно, но часто трудно достижимо, чтобы сотрудники, имея свои мотивы, обоснованно участвовали в этом цикле регулирования и в осуществлении проекта. Мотивация сотрудников является одной из задач руководства и обусловлена различными обстоятельствами (например, личность, квалификация и потребности сотрудника, личность и квалификация руководителя, а также стиль руководства, условия внутри предприятия и за его пределами). “Техника” руководства представляет собой только нужный инструмент, который необходим, но он один не принесёт успеха.

Рисунок 2: Цикл организации и руководства



Мотивация интерпретируется часто ошибочно. Поэтому далее приводим краткое определение мотивации. Под мотивацией понимаются сознательные и инстинктивные процессы, которые объясняют определенное поведение (например, инстинктивные побуждения или сознательные желания). Здесь предполагается, что мотивация является конструкцией, позволяющей объяснить любое наблюдаемое поведение. Следовательно, мотивация не является тонкой формой обмана или

манипуляции. Если бы это было так, на первом плане оказалась бы выгода предприятия (учреждения), потребности конкретного сотрудника не были бы приняты во внимание, а это прямо противоположно эффективному сотрудничеству, к которому мы стремимся.

Мотивация обозначает: путём целенаправленных мер создать ситуацию, которая позволила бы удовлетворить потребности и предприятия, и сотрудника. Мотивация посредством только техники (или изобретений) может быть успешна в короткий срок. В длительном периоде часто с этим связанный обман сотрудников приведёт к обратному результату. Тем не менее, знания о мотивации и о технике руководства – необходимый инструмент в руках руководителя.

Рассматривая пирамиду потребностей Маслоу, необходимо отметить, что она создана на основе психологии индивида, а конфликты целей и интересов предприятия (учреждения) не учитываются. На практике же часто ясно видно, какие конфликты интересов необходимо решать силами руководства.

Рисунок 3: Пирамида потребностей (по Маслоу)



Кратко характеризуя качество, можно разделить его на три основных компонента:

1. Качество структуры (плана),
2. Качество процесса,
3. Качество результата.

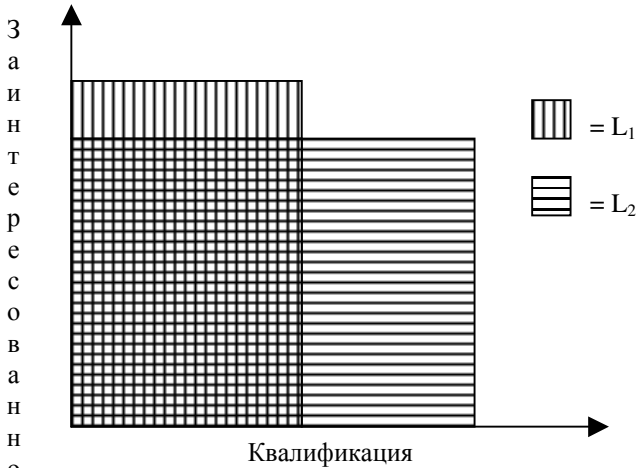
В отношении персонала качество в целом определяется квалификацией и мотивацией задействованного персонала (руководства и сотрудников).

Качество структуры оценивается по тому, как организована работа в начале проекта. Качество процесса – по тому, как организована работа в ходе выполнения проекта. Качество результата, важнейший компонент, «вытекает» из качества продукта. В сфере услуг цена является индикатором качества. Также удовлетворённость клиента (например, пациента) отражает качество результата или продукта.

Коротко можно сказать: качество - это отсутствие ошибок и расточительства.

Рисунок 4: Достижение цели

Достижение цели = заинтересованность x квалификация



$D = \text{Достижение цели}$

$D_2 > D_1$

Б

Производительность по существу определяется двумя компонентами – мотивацией и квалификацией. При этом на практике в отдельно взятых случаях средний уровень производительности ниже уровня мотивации и квалификации, а уровень квалификации часто выше уровня мотивации.

Центральные понятия, используемые при описании управления, употребляются здесь не в их обычном смысле. Поэтому мы попытаемся объяснить как уже упомянутое понятие «управление», так и другие понятия, приводя следующие определения.

2. ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ.

Принципы управления описывают или определяют нормы для отношений между руководителем и сотрудниками в рамках концепции руководства. Можно применять заранее сформулированные, общие принципы управления или заложить новые принципы во время систематических совещаний с коллегами. Заранее сформулированные принципы управления чаще всего являются выражением определенной культуры управления. Письменные принципы управления встречаются чаще всего в немецкоязычных странах. В американской литературе это является мишенью для критики. В последнее время вместо принципов управления говорят о философии (идеалах) предприятия (см. цели). При этом вместо "принципов управления" формируется основывающаяся на ценностях философия предприятия или цели предприятия.

3. ФУНКЦИИ РУКОВОДСТВА И ЗАДАЧИ РУКОВОДСТВА

- Поставить (выработать) цель, отдавать приказы.
- Планировать, принимать и осуществлять решения.
- Организовывать и координировать ход работы.
- Информировать.
- Побуждать сотрудников к проявлению инициативы.
- Поощрять и координировать сотрудничество.
- Решать конфликты.

- Создавать мотивацию.
- Представлять коллектив.
- Контролировать результаты труда.
- Формировать климат.
- Видеть перспективы на будущее и т.д.

4. МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ.

Это понятие включает общие, не относящиеся к какому-либо отдельному случаю методы, используемые в процессе управления и улучшающие его.

Методами управления являются, например:

- Точное определение должностей.
- Точное определение рабочих мест.
- Конкретные соглашения по целям.
- Персональные планы развития.
- Сформулированные персональные системы оценки.
- Рационализаторство.
- Группа качества – небольшая группа специалистов одного предприятия, занимающаяся решением проблем и улучшением качества продукции в своей сфере.
- Коммуникационные методы, например, улучшение планирования и системы контроля, и т.д.

5. КАЧЕСТВА РУКОВОДИТЕЛЯ

Успешный руководитель должен располагать такими качествами:

- Самоуверенность.
- Образованность.
- Самостоятельность и инициативность.
- Способность приспособиться к ситуации.
- Организационные способности.

- Способность правильно оценивать и перерабатывать информацию и в связи с этим принимать правильные решения и давать правильные указания.
- Контактность и коммуникабельность.
- Настойчивость и сила убеждения.
- Способность понимать других и т.д.

6. ПОВЕДЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ И СТИЛИ УПРАВЛЕНИЯ

Факторы влияния на поведение руководителя разнообразны. Они различаются в промежутке от приказов до сотрудничества (например, содержание, структура и срок задания, оценка результатов, опыт, ожидания, способности, рамки самостоятельности сотрудников и свободы решений, стиль управления, компоненты группы, последствия, участие, организация, особенности личности, способ и степень реализации, окружающая среда, взаимодействие).

Рисунок 5: Руководство и стиль руководства*



* Классификация отношений между начальником и подчиненным по Левину и Ташу + Таушу

Имея в виду это переплетение связей, успешным может быть не строго определённое, никогда не меняющееся поведение руководителя, а то, которое изменяется в зависимости от ситуации. Стиль управления – это способ осуществления определённых заданий руководителя. Здесь важно не Что, а Как.

Поэтому следующая иллюстрация представляет только два противоположных стиля управления. Стили управления изменились с течением времени. В целом наблюдается переход от «погонщика» с авторитарным стилем управления к координатору с конструктивным стилем управления.

7. МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ

Были разработаны и определены различные модели управления, общеизвестные под названием «management by....». Здесь представлены их преимущества и недостатки.

Таблица 1: Модели управления и их достижение

Management by Objectives (MbO) = Управление посредством согласования целей (совместная постановка цели)	
Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> • Мобилизация сотрудников • Облегчение задачи руководителя • Подходит и для небольших шагов • Все промежуточные задачи направлены на достижение главной цели • Критерии для справедливого определения оклада 	<ul style="list-style-type: none"> • Затрудняется оперативная постановка цели • Процесс планирования и постановки цели требует много времени

Предпосылки :

- Анализ настоящего положения, слабых и сильных сторон, возможностей развития
- Иерархическая система оперативных целей в вертикальной организационной структуре
- Определение заданий и сфер ответственности
- Открытое изложение критериев оценки
- Совместная выработка целей

Management by Delegation (MbD)
= Управление посредством исполнения заданий

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> • Однозначно определенная сфера заданий для сотрудников • Мотивация производительности (в короткий срок) • Решения по обстоятельствам 	<ul style="list-style-type: none"> • Сотрудники не принимают участия в работе друг друга • Отсутствие сотрудничества • Даются только неинтересные задания • Общество «одиноких борцов» • Отсутствие системного мышления

Предпосылки:

- Определены должности
- Определены исключения
- Ясность системы целей, сотрудники получают необходимую информацию
- Система докладов и контроля
- Уничтожить построенную иерархию, обратиться к управлению, основанному на сотрудничестве

Management by Motivation (MbM) = Ориентация на пирамиду Маслоу	
Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> • Возможность развития для сотрудника • Инновация и творческий подход 	<ul style="list-style-type: none"> • Верна ли эта пирамида? • Модель основана только на индивидуальной психологии • Цели предприятия и цели сотрудника не всегда совпадают
<p><u>Предпосылки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Знать индивидуальные потребности сотрудников • Создание ясных сфер заданий и точное определение компетенций • Ясность системы целей организации • Предоставление релевантных сведений 	

Модели управления подвергаются всеобщей критике, если они рассматриваются, опираясь на универсальные требования и жёсткие принципы, отвлекаясь и лишь в отношении к организационным структурам. Бесспорно то, что управление системой требует значительных затрат.

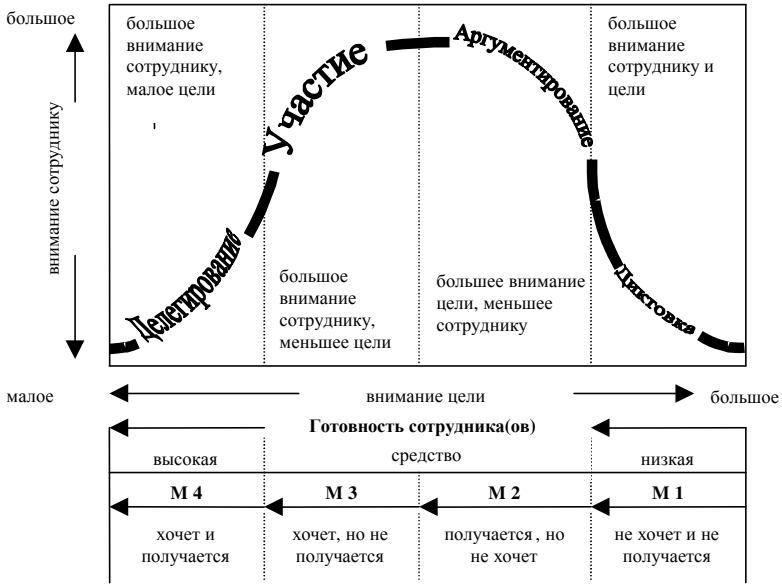
На практике общепринятые правила, принципы и рецепты являются скорее исключением. Комплексные, многомерные сферы организации и управления требуют очень дифференцированного подхода.

Этот дифференцированный способ рассмотрения будет понятен, если перейти от предприятия или учреждения к отдельному сотруднику.

Стиль управления по отношению к отдельному сотруднику или группе формируется, с одной стороны, личностью начальника, который, с другой стороны, исходя из ситуации, должен учитывать степень зрелости подчинённых.

Целью этого обзора было показать, что руководитель, стремясь повысить качество и эффективность работы (в данном случае в области здравоохранения), не должен действовать по готовым рецептам. Задачей руководителя является критически рассматривать себя и искать возможностей совершенствования и изменений.

Рисунок 6: Готовность сотрудника / Сไตล์ руководства



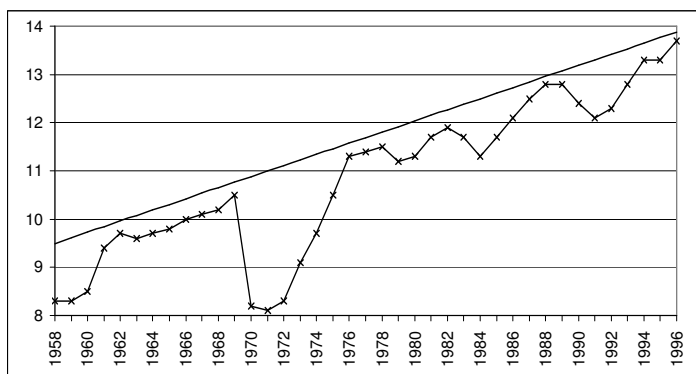
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС

Гунтрам Бауер

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Из высказанных вначале ожиданий участников семинара можно предположить, что они понимают методы управления как средство преодоления расхождения между финансовыми возможностями и требованиями современного, высококачественного здравоохранения. Методы управления, конечно, могут помочь в целесообразном решении проблем, однако они не могут устранить несоответствие между требованиями к медицинским услугам и финансовыми возможностями. Немецкий опыт также не дает успешного рецепта для решения этой проблемы. Немецкая система страхования здоровья сама пережила глубокий кризис именно из-за этой экономической проблемы, и все законодательные и административные усилия по ликвидации проблем финансирования не привели ни к каким продолжительным изменениям в страховании здоровья, что можно наглядно показать:

Рисунок 1: Развитие размера взноса в обязательном медицинском страховании в Германии



— „Тенденция повышения интереса к страхованию“ —x— Размер взноса

Кроме того, вопросы финансирования и расходов после тематического вступления к этому семинару должны быть предметом следующей лекции. Сейчас должны быть обсуждены созданные путём эффективных систем управления и современных методов управления условия для решения конкретных проблем, а значит, мы обсудим вопрос, как мы должны построить дом, чтобы он был для нас хорошей рекламой.

Каждая организация, частная или государственная, сегодня подвержена стремительным социальным, экономическим и технологическим переменам. Из-за изменений системы в Восточной Европе эти перемены обостряются еще больше. Организационное развитие, ведущее к современному управлению, может и должно повысить эффективность и облегчить приспособление к демократической структуре рыночной экономики и в сфере больничных касс. Также в западноевропейских странах уже больше, чем десять лет, пытаются обрести гибкость и эффективность, отказываясь от бюрократических административных структур и методов и применяя современные методы управления.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ К МЕНЕДЖМЕНТУ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ

Понятие менеджмента, взятое из области управления частным предприятием, включает задачу гарантировать выживание предприятия в условиях рынка. Но больничная касса не является предприятием действующим на конкурентном рынке (если не говорить о специфической структуре немецких больничных касс, в которой существует конкуренция между различными типами больничных касс). Поэтому сегодня, если понятие менеджмента распространяется и на управление не частными социальными системами, то это обозначает отчасти, с ограничениями, аналогичное употребление термина, потому что методы, технологии и стратегии менеджмента разработаны, исходя из условий рынка и конкуренции.

Больничные кассы из всех социальных организаций больше всего приспособлены и заинтересованы вести предпринимательскую деятельность, потому что они находятся между государственным управлением и свободным предпринимательством:

- Медицинское страхование является посредником между социальной политикой и политикой здоровья, с одной стороны, и медицинским рынком, с другой стороны; между

политически и социально представляемым бюджетом и экономически релевантным медицинским рынком.

- Его услуги, несмотря на то, что они определены законом, подвержены постоянным качественным и количественным переменам.
- Объект деятельности трудноопределим из-за разнообразия противоречивых интересов.

Требуется предпринимательская гибкость, способность к обновлению и ответственность. Поэтому управление больничными кассами должно быть как можно больше отдалено от бюрократической государственной администрации и приближено к предпринимательскому менеджменту. Это прежде всего обозначает не применение определённых методов и технологий, а предпринимательское мышление и действия.

Эффективный менеджмент является не только вопросом руководства; это касается всех уровней предприятия, в данном случае больничной кассы. Цели и стратегии на отдельных уровнях предприятия различаются по тому, сколько внимания уделено достижению общей и промежуточных целей, и по тому, сколько времени требуется для достижения цели на данном этапе. Но методически на всех уровнях происходит один процесс менеджмента. При этом все уровни находятся в соответствии друг с другом, т.е. процесс менеджмента происходит в связи «сверху вниз» и «снизу вверх». Там, где всё происходит только по распоряжениям сверху, нет совместного поиска решений, нет творческого подхода, отсутствует ответственность, а действует бюрократическое ограждение - это неэффективно для предприятия.

Цели и стратегия согласованы между собою, т.е. стратегия предприятия направлена на цели предприятия, исполнение текущих заданий - на стратегические цели. Это звучит убедительно, но на практике это далеко не так, если основное внимание уделять тому, чтобы последовательно придерживаться этих и только этих принципов. Только предприятие, через все уровни и сферы направленное на достижение общей цели, может действовать успешно и эффективно.

Рисунок 2: Пирамида менеджмента



Систематическое прохождение всех этапов процесса менеджмента не обязательно предполагает крупную цель и не всегда требует больших расходов. Скорее, это логическая последовательность любого, даже маленького задания, независимо от затраченного на него времени. При решении более сложных проблем менеджмента, требующих больших затрат, рекомендуется проводить процесс менеджмента, для каждого этапа которого имеется достаточно средств, при помощи специальных органов. Иначе, чем в условиях плановой экономики, эта концепция не предполагает одноразового процесса с конечным контролем степени выполнения плана. Это постоянно повторяющийся, незаканчивающийся процесс, для которого как километровые столбы ориентиром служит контроллинг, учитывающий проблемы, возникающие в течение процесса, и вносящий поправки касательно целей и планирования (о контроллинге читай дальше).

Рисунок 3: Этапы менеджмента и методы менеджмента

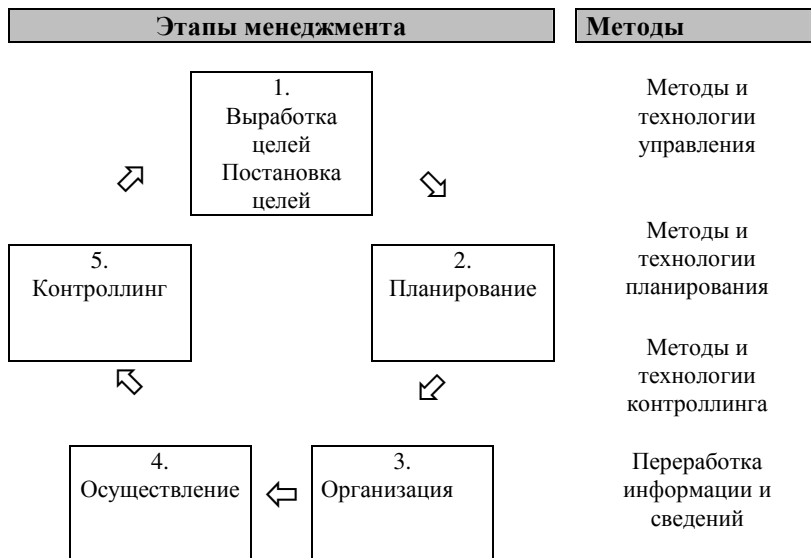
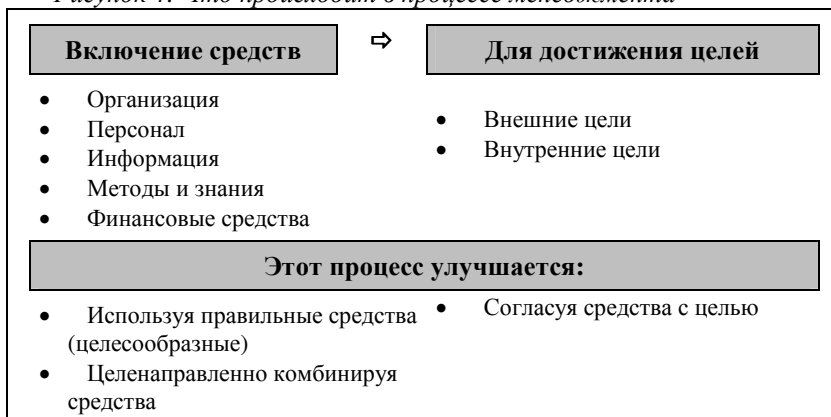


Рисунок 4: Что происходит в процессе менеджмента



Это "факторы производства" предприятий, принадлежащих к сфере обслуживания. А так как средства должны быть согласованы с изменяющимися целями и условиями рынка, постоянная их оптимизация

является первым заданием менеджмента, так как условием эффективного управления предприятием является оптимальное функционирование его основания. Эта оптимизация предполагает согласование менеджментом целей и средств, целенаправленное использование правильных средств и целесообразное взаимодействие средств.

В дальнейшем отдельные сферы заданий менеджмента, служащие для обеспечения и оптимизации этих средств, будут подробнее обсуждены на примере больничных касс.

2. СФЕРЫ ЗАДАНИЙ МЕНЕДЖМЕНТА

2.1 Сфера заданий „структура“

Имея в виду широкий спектр возможностей организации структуры, начиная с государственного здравоохранения и социального медицинского и заканчивая частным медицинским страхованием с абсолютно либеральным медицинским рынком, уточним, что здесь мы исходим из юридически регулируемого частного медицинского страхования, контролируемого государством, нормы отношений которого со здравоохранением определены законом. Это наиболее соответствует ситуации во всех трех балтийских государствах (с возможными отклонениями) и является основанием для нашей концепции менеджмента в этом социальном секторе. При этом, учитывая величину стран и относительную потребность в регулировании новых систем, мы исходим из целесообразности единого, центрального страхования здоровья (больничная касса) с региональными подразделениями; и это соответствует ситуации, даже если и по-разному разделена компетенция между центром и региональными подразделениями.

При этой организационной структуре менеджмент будет эффективным, если стратегическое управление будет задачей центра, который должен содействовать обслуживающим клиентов региональным филиалам и решать совместные задачи административного характера. Решение этих задач организуется специалистами.

Но предприятие, действующее в сфере обслуживания, каким является больничная касса, на уровне обслуживающих клиентов филиалов, должно быть организовано с учетом потребностей клиентов; т.е. каждый контакт должен восприниматься клиентом как полноценный сервис.

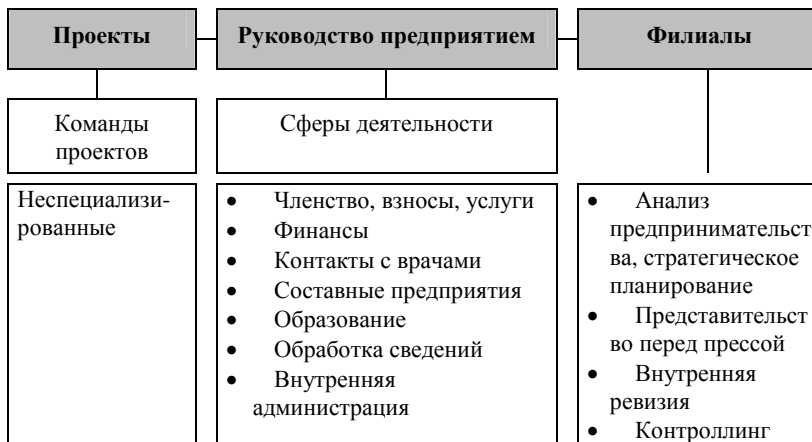
Рисунок 5: Центральная больничная касса с региональными подразделениями



Даже если нет борьбы за клиента (страхующегося), из самой конкурентной ориентации понятно, что требуется от организации, если она стремится удовлетворить клиента. Учитывая эти требования, организация должна формировать поведение своих работников.

В структуре центра наряду с традиционной специализированной структурой следует обратить внимание на то, чтобы отдельные проекты или проекты новых текущих заданий, ограниченные по времени, осуществлялись не в одной организации. Лучше, чтобы каждый проект осуществлялся в принципиально отдельной организации не только потому, что характер работы принципиально различается в обеих сферах, но и потому, что в протиположном случае одной из сфер непременно будет нанесён ущерб.

Рисунок 6: Структура центра



Предпринимательские организационные принципы:

- Структура служит стратегии предприятия, ее нужно гибко приспособлять к последней. (Организация является не одноразовым актом, а текущим заданием менеджмента.)
- Изменения в структуре вырабатываются совместно (мотивация!).
- "Плоская" структура: как можно меньше ступеней иерархии.
- Структура не должна быть препятствием для непосредственного и быстрого общения.
- В структуре должны быть однозначно определены компетенции и сферы ответственности, она должна способствовать сотрудничеству и предотвращению двойной работы.
- " Small is beautiful ": чем меньше, тем более обозрима общая структура, тем менее бюрократичной, более эффективной и экономичной она может быть. Чем больше структура, тем больше она требует непроизводительной занятости собственными внутренними проблемами.

2.2 Сфера заданий „персонал“

Предприятие хорошо настолько, насколько хороши его сотрудники! Они являются самым важным капиталом предприятия. Однако способные сотрудники и руководители просто так не приобретаются. Их развитие и обучение является долгосрочным и постоянным заданием предприятия.

Соответственно важные, относящиеся к персоналу, задания и методы:

- Выбор персонала
 - Предварительный отбор
 - Собеседование
- Обучение персонала
 - Образование, повышение квалификации, совершенствование
 - Планирование карьеры, преемственность руководства
 - Оценка, беседы, побуждающие повышать уровень производительности
- Применение персонала
 - Точное определение должностей, назначение на должности
- Системы стимулирования
 - Система оплаты, поощрение
- Управление сотрудниками
 - (Методы управления ср. первый реферат)

В широком смысле всё это можно объединить под центральным понятием менеджмента „управление“. Здесь мы можем только перечислить сферы, каждая из этих сфер требует отдельного семинара. Три важных критерия успешного управления:

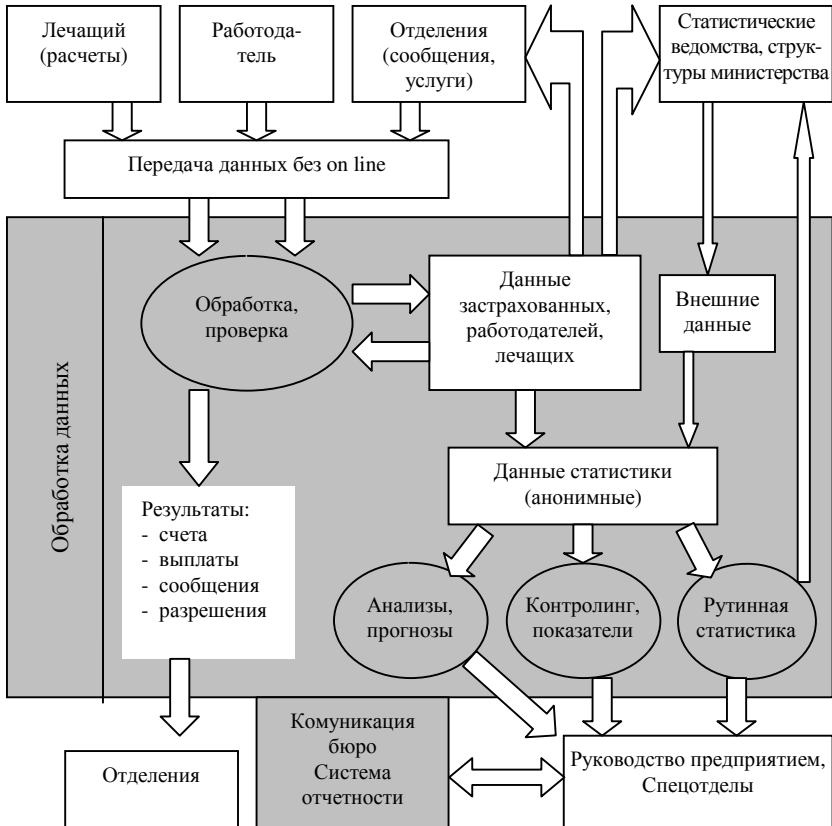
- Децентрализация ответственности и компетенции в принятии решений,
- Ответственность руководителя за успех предприятия.
- Мотивация и ориентация сотрудников на успех.

2.3 Сфера заданий „информация“

Сегодня на каждом предприятии информация приобретает особое значение. В современном "информационном обществе" информация стала важным фактором продуктивности, особенно в сфере услуг. Эта тенденция поддерживается и усиливается развитием современной информационной технологии, применение которой сегодня является

обязательным условием для успешного и эффективного управления предприятием. Это не может быть основанием для того, чтобы придавать слишком большое значение технике и информационным методам, так как они являются только вспомогательными средствами. Решающим остается грамотное обращение с техникой и с информацией. Это можно резюмировать как задачу предоставления нужную информацию в нужное время в нужном месте.

Рисунок 7: Информация и система обработки данных



Обширные и комплексные задания государственной больничной кассы, включая связи расчётного плана с показателями деятельности учреждений здравоохранения, по возможности при сотрудничестве центра и региональных подразделений, вряд ли выполнимы правильно, рационально и вовремя без системы обработки данных. Это имеет значение, как для оперативного ведения дела, так и для применения оперативных сведений (регулярные сведения) для стратегических, научных и статистических целей. Степень автоматизации процесса страхования и расчета, а также своевременность и интегрированность обработки имеют решающее значение для эффективности работы сотрудников. Как развитие системы обработки данных, так и статистическая – аналитическая работа являются единицами структуры, дееспособности которой менеджмент должен посвящать особое внимание.

2.4 Сфера заданий „финансы“

При финансовой самостоятельности финансы являются основным параметром деятельности больничной кассы. Но и при частичной финансовой зависимости историей каждой системы медицинского страхования можно назвать историю её финансовых проблем. Финансово-экономические сферы деятельности больничной кассы:

Доходы	Управление расходов и издержек	Финансовое управление
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Система финансирования ▪ Основы финансирования ▪ Употребление взносов 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Объем производительности ▪ Использование ▪ Возмещение ▪ Развитие 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бюджет и бухгалтерия ▪ Применение и управление средствами ▪ Имущество

Обсуждая такой аспект менеджмента как "средства производства", мы занимаемся финансовым управлением, а доходы и издержки являются темами следующего семинара.

Финансовое управление широко регулируется бюджетом, причем юридические положения, касающиеся больничных касс, должны способствовать согласованию общего бюджетного права с предпринимательскими потребностями больничных касс. Это обозначает бюджетное право, более гибкое, чем обычно, и более соответствующее бух-

галтерии производства в частной экономике. Несмотря на это, важнейшие функции и принципы общего бюджетного права могут применяться и по отношению к больничным кассам.

Функция	Принципы бюджета
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Правильность и надёжность ▪ Регулирование и контроль во внутренней системе органов ▪ Обязательное соблюдение внутреннего планирования (ограниченное законными требованиями) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Гласность ▪ Точность ▪ Деловая и временная обязательность ▪ Компенсация бюджета ▪ Экономичность и рациональность ▪ Возможность перепроверки, ясность

2.5 Сфера заданий „контроллинг”

Из "средств производства", методов и средств управления здесь как важная для эффективности предприятия (больничной кассы) задача менеджмента представлен метод контроллинга.

Под "контроллингом" понимают не контроль, наблюдение или внутреннюю ревизию, но цикл, состоящий из фаз: план – сравнение „должно быть – есть – будет с этого момента“ - анализ отклонения от плана – пересмотр плана. Это нужно для того, чтобы постоянно знать, что происходит на предприятии. Итак, контроллинг распространяется на все фазы цикла менеджмента, способствует ему и участвует в нём административно с самого начала. Он происходит соответственно на всех уровнях иерархии, правда, только относительно в свою очередь тоже поддающихся влиянию факторов, и предоставляет нужную информацию в нужное время на нужном месте предприятия.

Контроллинг имеет три стороны:

1. Контроллинг является центральной задачей управления. Он делает управление более объективным благодаря своему образу действия, связанному не с личностями, а с процессом работы и результатом, и только поэтому создаёт возможность для персонального подхода к работе каждого сотрудника. Контроллинг не является контролем конечного результата, это сопровождающий процесс, который гарантирует намеченный конечный итог.

2. Контроллинг является производственной задачей, решаемой в отдельных органах, как правило, это структурная единица, задачей которой является создание и совершенствование контроллинга, а также выработка, приобретение, оценка и анализ настоящего положения.
3. Контроллинг является обобщающим понятием, включающим инструменты и технику (сегодня в форме перерабатывающих информацию пакетов программного обеспечения), которые тесно связаны с другими формами обработки информации на предприятии.

Задача руководства	Орган	Инструмент
<u>Оперативный контроллинг</u> Сотрудники Бюджет Действия	<u>Контролер</u> (должность)	<u>Отчеты</u> Статистика Квартальные отчёты Годовые отчеты
<u>Стратегический контроллинг</u> воздействия собственных стратегий	<u>Единица структуры</u>	<u>Методы</u> Показатели Анализ „должно быть – есть“ Пересмотры
		<u>Техника (DV-системы)</u>

3. ЮРИДИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Возможности формирования менеджмента кассы немало зависят от юридических условий. Как уже было упомянуто вначале, для эффективного менеджмента необходима соответствующая свобода действий. Важными аспектами необходимой предпринимательской свободы, закреплёнными законами о страховании здоровья, являются:

- Самостоятельные, от государственного бюджета независимые больничные кассы.
- Ограниченный государственный контроль соблюдения законодательных актов.
- Бесконфликтная базовая структура (основа больничной кассы не состоит из конкурирующих групп) .

- Законная свобода действий, удовлетворяющая потребность приспособления в финансовом отношении и в отношении политики здравоохранения без обновления законодательных актов.
- Классифицированная структура указов (законодатель – министерский контроль - исполнитель).

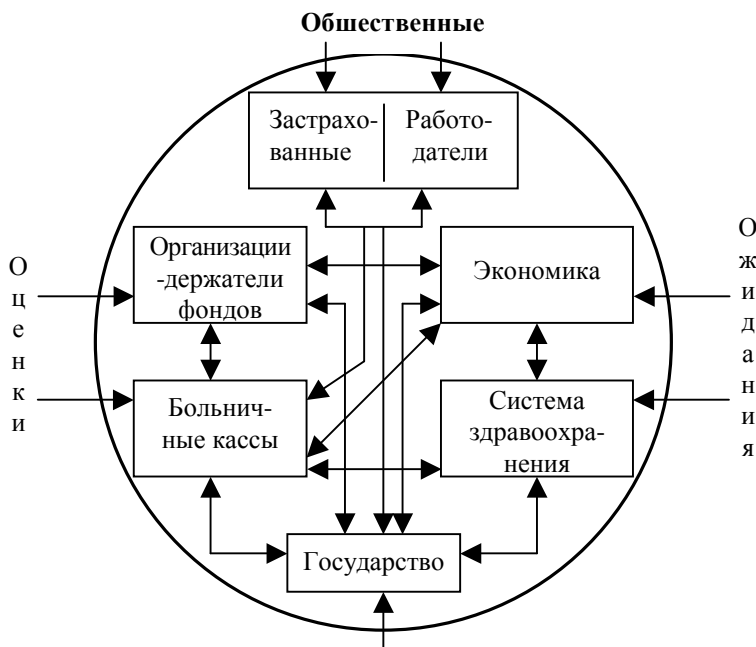
С другой стороны, исходя из политической необходимой надёжности социального страхования здоровья, существует потребность в государственном и законодательном регулировании следующими способами:

- Ограничение бюджета, взносов и услуг.
- Подготовка условий и правил страхования.
- Определение предпосылок и условий страхования.
- Организация и обязательства договорного партнерства с медиками.
- Гарантия финансирования.
- Право не согласия и обжалования актов больничных касс.

Здесь найти равновесие между юридическими условиями и свободой формирования больничных касс важно ещё и потому, что законодательные условия скорее противоречат эффективности больничных касс.

Переплетение интересов, в условиях которого создаются законы о страховании здоровья, и которое касается не только непосредственных отношений между государством и больничными кассами, с самого начала осложняет задачу создания законодательных актов, ориентированных исключительно на эффективность работы больничных касс (а также на осуществление социальных целей и целей политики здравоохранения). Это верно и с точки зрения одной из упомянутой в разделе "предварительных замечаний" существенных причин слабости воздействия законодательных стараний уменьшить издержки.

Рисунок 8: Переплетение интересов, связанных с законодательством, касающимся больничных касс



УПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВАНИЕМ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ В ЛАТВИИ - ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ, ФОН, ГЛАВНЫЕ ЦЕЛИ РЕФОРМЫ

Ināra Bluķe

*(Директор Центрального Фонда Государственного Обязательного
Страхования на случай болезни)*

Текущие проблемы в области здравоохранения в Латвии могут быть описаны следующим образом:

- Общее состояние здоровья населения ухудшается.
- Увеличивается дефицит финансирования медицинского обслуживания. Возникают новые технологии, расширяется выбор методов лечения, словом, возможностей применять новые методы лечения много больше, нежели финансов на их оплату.
- Имеющиеся финансовые ресурсы используются недостаточно эффективно и рационально. В стране избыток поставщиков медицинских услуг.
- Страна имеет сравнительно развитую сеть поставщиков медицинских услуг, но, к сожалению, она не всегда отвечает специфическим потребностям регионов.
- Трудно поддаются регулированию разнообразные платежи пациентов, осуществляемые в момент предоставления медицинских услуг.
- Зачастую покупатель медицинских услуг (территориальные фонды) и их поставщики принадлежат одному и тому же органу власти (местные органы власти).
- В ряде мест все еще ограничивается свободный выбор медицинского учреждения пациентом. В результате финансирование ошибочно направляется на поддержание деятельности именно территориального (муниципального) медицинского учреждения.

- Не фиксируется персональная оплата подоходного налога жителями страны. В результате лица, не платящие налоги, получают услуги здравоохранения, оплаченные другими людьми. Возможность получения медицинского обслуживания не связана с оплатой налога.
- Не хватает средств на повышение квалификации специалистов, в том числе и тех, кто занимается профессиональным обучением.
- Для работы в новых кабинетах врачей общей практики не достаёт специально обученных семейных докторов, немало специалистов, например, педиатры, хирурги, невропатологи и т.д., следует повторно обучить как врачей общей практики.
- Недостаточно полно достигается основная цель фондов страхования на случай болезни - представить интересы пациентов в получении медицинских услуг (больше, дешевле и адекватного качества).
- При недостатке согласования вовлеченные в процесс реформы здравоохранения учреждения не работают как элементы единой системы вследствие того, что эти учреждения не всегда понимают свою роль и функции в широком процессе перемен.
- Стандарты деятельности созданных в стране региональных фондов страхования на случай болезни поставили их в положение пассивного посредника в процессе финансирования. Фонды страхования на случай болезни выплачивают долги поставщикам медицинских услуг. 32 территориальных фонда страхования на случай болезни пытаются разобраться с местными проблемами под наблюдением местного органа власти. Не имеется никакой определенной политики в отношении персонала. В штатах фондов страхования на случай болезни часто работают хорошие специалисты, которые, однако, неспособны управлять и координировать процесс перемен.

Реформа финансирования здравоохранения в Латвии началась в 1993. С тех пор развитие шло от системы, финансируемой через, в

основном, муниципальные и частично государственный бюджеты, к гонорарной системе оплаты услуг из части собранного подоходного налога. Государственный Фонд страхования на случай болезни, который был создан в 1993 году, и 33 Региональных Фонда страхования на случай болезни, основанные в 1996 году, стали административными учреждениями, которые управляют процессом финансирования, и способствовали развитию новой системы финансирования в стране.

В 1996 г. каждый местный орган власти из собственного бюджета финансировал базисную программу здравоохранения для местного населения, получая из государственного бюджета субсидии на медицинское обслуживание за пределами соответственной территории. Государственные программы были и по сей день финансируются из государственного бюджета.

Начиная с 1997 года Государственный Фонд страхования на случай болезни получает централизованное финансирование и перераспределяет ресурсы через территориальные фонды страхования на случай болезни в соответствии с соглашениями и определенными критериями. Главными достижениями в процессе перемен являются:

- Установлен принцип минимального единого уровня обслуживания на территории всей страны.
- Установлены одинаковые уровни платежей “из карманов” пациентов, а так же уровни членских платежей.
- Начата регистрация пациентов фондами страхования на случай болезни.

Главная цель реформы состоит в реализации стратегии улучшения здоровья населения и гарантиях предоставления адекватных медицинских услуг высокого качества, используя скромные финансовые ресурсы. Более точно эти цели могут быть описаны следующим образом:

- Эффективно финансировать предоставление услуг здравоохранения населению в основном посредством налогов, применяя централизованный сбор и распределение финансовых ресурсов. Финансирование здравоохранения из заданной части персонального подоходного налога должно создать основание новой системы финансирования.
- Увеличивать ответственность населения в области охраны собственного здоровья.

- Гарантировать качество, доступность и свободу выбора первичной медицинской помощи для пациентов. Система должна, кроме того, способствовать развитию практик высококвалифицированных докторов, применяя принципы оплаты, которые связаны с численностью пациентов и размером фактически предоставленных услуг (подушная оплата). Развитие первичного здравоохранения и повышение качества услуг также относятся к задачам системы.
- Укрепление роли первичного здравоохранения.
- Укрепление роли охраны здоровья, пропагируя здоровый образ жизни населения.
- Усилить центральный и местный политический контроль над использованием ресурсов и развитием системы.
- Установить единую систему оценки и оплаты медицинских услуг по всей стране.
- Внедрить систему дополнительных обязательных платежей для всех трудоспособных совершеннолетних людей (включая пенсионеров) и устанавливать уровень членских платежей так, чтобы они не стали препятствием для получения медицинской помощи, когда она действительно необходима.
- Децентрализовать полномочия, ответственность и ресурсы на уровне 4 - 6 региональных фондов страхования на случай болезни, чтобы создать действенную объединенную систему финансирования здравоохранения, с систематическим планированием распределения, рационально используя деньги здравоохранения.
- Соответственно, сущность реформы - достичь наилучших возможных результатов размещая ресурсы (ценность за деньги). Единообразная «корзина медицинских услуг» должна финансироваться региональными фондами страхования на случай болезни по всей стране, будучи объектом последующих регулярных пересмотров.

Обязанности органа управления Центрального фонда обязательного страхования на случай болезни:

- Направление и развитие действий Центрального фонда обязательного страхования на случай болезни.
- Планирование деятельности, анализ и оценка результатов.
- Бухгалтерский учет.
- Управление персоналом, гарантируя его компетентность.
- Информирование населения по вопросам здравоохранения.
- Гарантирование единообразного применения юридических актов.

Директор ответствен за деятельность Центрального фонда обязательного страхования на случай болезни. Директору помогают три его заместителя, возглавляющих по одному отделу:

- Отдел здоровья,
- Отдел экономики,
- Административный отдел.

Региональные Фонды страхования на случай болезни - учреждения, принадлежащие группам местных властей. Их задача в системе состоит в определении потребностей населения, проживающего на соответственных территориях, и приобретении необходимых и адекватных услуг здравоохранения для жителей, используя финансовые ресурсы, обеспеченные Центральным фондом обязательного страхования на случай болезни. Региональные фонды страхования на случай болезни будут финансироваться в рамках установленного процента от бюджета.

Медицинское обслуживание в пределах «минимальной корзины услуг» будет финансироваться из специального бюджета здравоохранения, формируемого главным образом через процент от подоходного налога и частично посредством государственных субсидий. Финансовые ресурсы будут распределяться через Центральный фонд обязательного страхования на случай болезни Региональным фондам, чтобы оплатить услуги, предоставляемые на местах.

Общий резервный фонд в размере 5 % от всего специального бюджета здравоохранения должен быть сформирован, чтобы гарантировать функциональную стабильность системы; потребуются единые критерии, чтобы регулировать использование этих фондов и финансирование региональных фондов страхования на случай болезни.

2 % специального бюджета здравоохранения направляется на покрытие административных затрат, необходимых для обеспечения действий центрального и региональных фондов обязательного страхования на случай болезни.

Стратегия перемен основывается главным образом на следующих предпосылках и типах политики здравоохранения:

- Развитие методов для анализа и определения потребностей в здравоохранении.
- Политическое и экономическое обоснование программ и иных плановых действий в сфере здравоохранения.
- Определение приоритетов страхования на случай болезни и стратегии финансирования, необходимые для обеспечения эффективно функционирующей системы здравоохранения.
- Разработка основных принципов, политики и программ здравоохранения.
- Определение «корзины услуг», отделение платных от бесплатно предоставляемых услуг.
- Обеспечение информации заинтересованным сторонам относительно развития системы и роли Центрального фонда обязательного страхования на случай болезни в этом процессе.
- Распределение финансовых ресурсов Центральному фонду обязательного страхования на случай болезни и региональным фондам согласно установленным их функциям.

СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ В ЭСТОНИИ

Toomas Jukk

(Keskhaigekassa - Центральный Фонд Болезни - Tallinn)

1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Эстонская система страхования на случай болезни была создана в 1992 году, когда вступил в силу Акт страхования на случай болезни. Эстонское страхование на случай болезни - схема социального обеспечения, основанная на солидарности.

Цель эстонской системы страхования на случай болезни состоит в том, чтобы в соответствии с законодательными актами поддержать здоровье жителей Республики Эстонии; оплачивать экспертизу здоровья и медицинские услуги; выплачивать денежные пособия в случае потери дохода из-за временной нетрудоспособности по причине болезни, травмы, беременности, родов или ухода за членом семьи; возмещать расходы на предписанные врачами лекарства.

Охват населения весьма широк, число людей, имеющих право на выплаты или услуги, превышает число фактически платящих взносы людей. Эстонское страхование на случай болезни предоставляет гарантии как застрахованным (людям, которые непосредственно оплачивают социальный налог, или за которых вносится социальный налог), так и тем жителям, которые не обязаны платить взносы, а именно: дети в возрасте до 18-ти лет, студенты отделений дневного обучения, люди, получающие официальную пенсию, беременные женщины, зарегистрированные безработные и некоторые другие ясно определенные группы. В 1997 году число застрахованных, чей взнос был выплачен, составило 634 214 человек, а число людей не обязанных платить взносы, но согласно Акту Страхования на случай болезни имеющих право на выплаты достигло 795860 человек.

Право на страхование здоровья основано на условии постоянного проживания, а не гражданства. Акт также устанавливает право постоянных жителей на дополнительное частное страхование, но возможность покинуть обязательную страховую систему не допускается.

Для управления системой были созданы фонды страхования здоровья в каждом из 15 округов и 6 городах республиканского подчинения: 21 Больничная касса в целом. Для согласования на национальном уровне была учреждена Ассоциация фондов страхования здоровья. Учитывая опыт, приобретенный в первые годы функционирования системы, в 1994 году был создан Центральный фонд страхования здоровья для более эффективного планирования и контроля над финансовыми ресурсами, а также для достижения более справедливого распределения между регионами. В результате этого нововведения региональные фонды страхования здоровья были подчинены Центральному фонду. В целях более экономного использования ресурсов число региональных фондов было сокращено до 17-ти. Люди становятся членами региональных фондов страхования здоровья в соответствии со своим постоянным местом жительства и потребления услуг здравоохранения. Фонды страхования здоровья не конкурируют друг с другом в привлечении новых членов.

На национальном уровне Государственный Совет страхования на случай болезни был создан в Центральном фонде страхования здоровья, а в региональных фондах были учреждены Региональные Советы страхования на случай болезни. Они вовлечены в общественный контроль над программой страхования на случай болезни. Члены Советов национального и региональных уровней назначаются на трехлетний период. В Государственный Совет страхования на случай болезни входят представители Министерства Социальных дел, Государственной службы социального страхования, Окружных докторов, Муниципальных докторов, представители медицинских учреждений третичного уровня, пять представителей союзов предпринимателей и пять представителей обществ застрахованных. Совет одобряет государственный бюджет страхования на случай болезни, структуру предоставляемых услуг и финансовые отчеты Центрального фонда. Члены Региональных Советов страхования на случай болезни – Окружной доктор, представители местных органов власти, Муниципальных докторов, Региональной Медицинской Ассоциации, регионального органа защиты здоровья, три представителя застрахованных и три представителя предпринимателей. Региональные советы страхования на случай болезни одобряют намеренные договора между региональным фондом страхования здоровья и поставщиками медицинских услуг,

ежеквартальные финансовые отчеты и вносят предложения по решению региональных проблем.

Право на страхование на случай болезни подтверждается карточкой фонда страхования здоровья, которая выдается фондами страхования здоровья людям, охваченным национальной системой страхования на случай болезни. В 1997 году на базе интернета была создана система обмена информацией между фондами страхования здоровья и поставщиками услуг здравоохранения. Таковым стал первый шаг на пути внедрения оперативного контроля законности страхования, проверки предпринимателя и выбранного семейного врача. В будущем эта система может быть связана с другими базами данных, что позволит решать различные сложные задачи эффективного управления страхованием на случай болезни.

2. ДОХОДЫ И БЮДЖЕТ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

Страхование на случай болезни в Эстонии – это обязательная система, которая финансируется через специальный налог называемый социальным взносом. Этот взнос составляет 33 % выплат по платежной ведомости и вносится предпринимателями. Индивидуально практикующие люди должны оплатить социальный налог самостоятельно, норма - та же самая - 33 % брутто-дохода. С 1999 года сбор налога поручен Бюро внутренних доходов, 20 % от него идет на пенсионное страхование и 13 % используется в целях страхования на случай болезни.

Социальный налог – это налог, чья ставка неизменна, таким образом этот налог является пропорциональным, но не прогрессивным. Налог связан с размером дохода, не существует никакого дополнительного регулирования (в зависимости от риска либо принадлежности к какой-либо социальной группе). Бюро внутренних доходов передает часть собранного социального налога в доле страхования на случай болезни на счет Центрального фонда страхования здоровья, где полученные средства распределяются между региональными фондами страхования согласно численности застрахованных ими людей. Это сглаживает различия в финансовых ресурсах между округами, проистекающими из-за различий в экономической ситуации, и таким образом гарантирует равные условия для всех застрахованных людей независимо от того, в каких фондах они застрахованы.

Бюджет страхования на случай болезни рассчитывается на основании ожидаемых к поступлению платежей социального налога. Макроэкономический прогноз выплат по платежной ведомости осуществляет Министерство финансов. Центральный фонд страхования здоровья на основе этого прогноза оценивает доходы следующего года и сравнивает его с расходами страхования на случай болезни за предыдущий год, составляя объединенный бюджет страхования на случай болезни. Центральный фонд страхования здоровья представляет для одобрения бюджет страхования на случай болезни Министерству социальных дел и Государственному совету страхования на случай болезни. Одобренный бюджет представляется Министерству финансов и Эстонскому правительству. Тогда Государственный бюджет страхования на случай болезни представляется Эстонскому парламенту для одобрения в качестве независимого дополнения государственного бюджета. В настоящем ведутся дискуссии о степени независимости бюджета страхования на случай болезни относительно государственного бюджета.

Государственный бюджет страхования на случай болезни распределяется на следующие статьи расходов:

1. Услуги здравоохранения (лечение, содействие охране здоровья, профилактика, реабилитация, вспомогательные медицинские средства).
2. Пособия по болезни.
3. Лекарства (компенсации застрахованным и больницам).
4. Оборудование для современных медицинских технологий.
5. Административные расходы Центрального фонда и региональных фондов страхования здоровья.
6. Информационная технология (ИТ).
7. Инвестиции фондов страхования здоровья.

Таблица 1: Основные расходы Эстонского страхования на случай болезни в 1992 - 1998 гг. (в миллионах эстонских крон ЕЕК)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998 (бюджет)
Доход	438.8	1,048.8	1,692.2	2,131.4	2,591.2	3,142.8	3,455.0
Услуги здравоохранения	324.7	666.3	983.7	1,433.3	1,863.9	2,064.5	2,547.6
Пособия по болезни	56.5	156.3	246.8	380.2	460.0	552.0	596.6
Лекарства	5.4	55.5	97.2	110.4	146.2	254.2	225.0

Бюджеты региональных фондов страхования здоровья рассчитываются на душу населения. В действительности сегодня северные регионы страны субсидируют здравоохранение в остальных пятнадцати округах.

Таблица 2: Расходы страхования на случай болезни на застрахованного человека в 1996 – 1998 гг. (в эстонских кронах ЕЕК)

	1996	1997	% Увеличение	1998	% Увеличение
Медицинское обслуживание	1,258.9	1,398	6.4	1,716.2	28.2
Пособия по болезни	334.36	373.9	11.8	417.47	11.6
Лекарства	106.27	172.23	62.1	157.44	-8.6
Численность застрахованных (в среднем за год) 1,400,000					

После реформы 1994 г. стало возможным, что некоторые группы населения не охватываются обязательной системой страхования здоровья. Такие пациенты должны оплачивать услуги здравоохранения в момент их предоставления. В январе 1998 г. было оценено, что приблизительно 50000 - 70000 человек осталось без страховых гарантий, главным образом это безработные, которые не платят социальный налог (часто индивидуальные предприниматели), и те, кто незаконно находится в стране.

Несмотря на необходимость дальнейшего развития и уточнений, система страхования на случай болезни в Эстонии функционирует в полную силу. Оперативная квалификация работников фондов непре-

рывно улучшается. Признана важность хороших информационных систем, и их развитие стало высоким приоритетом. Например, средства бюджета на развитие информационных технологий возросли в 2,5 раза в 1996 г. относительно соответствующих расходов в 1995 г. Административные расходы фондов страхования здоровья чрезвычайно низки, составляя 1.3 % бюджета страхования на случай болезни.

Второй источник финансирования здравоохранения – это государственные и муниципальные бюджеты, формируемые путем общего налогообложения. Государство удерживает 42 % всего подоходного налога, 58 % передавая муниципалитетам. До конца 1997 г., собственник учреждения здравоохранения был ответствен за накладные расходы учреждения - затраты на реконструкцию и содержание. Однако, поскольку большинство муниципалитетов было неспособно выполнять эту функцию, были установлены субсидии из государственного бюджета. Поскольку расходы на содержание больниц конкурировали с муниципальными расходами на другие цели, доля расходов здравоохранения в муниципальных бюджетах невелика: к примеру, в столице Таллинне составляет лишь 2 % городского бюджета. С другой стороны, средства фонда страхования здоровья (оплата за услуги) были более доступны. Это привело к ситуации, когда больницы использовали средства, получаемые по договорам (за счет жалования медицинскому персоналу), чтобы оплатить расходы на содержание или реконструкцию. Начиная с 1998, цены услуг страхования на случай болезни рассчитаны с учетом эксплуатационных расходов больниц.

Таблица 3: Финансирование здравоохранения из общественных средств

	1995		1996		1997	
	Млн. ЕЕК	%	Млн. ЕЕК	%	Млн. ЕЕК	%
Страхование на случай болезни	1,733	81.2	2,112	81.9	2,412	87.0
Государственный бюджет	299	14.0	337	13.1	282	10.2
Муниципальные бюджеты	102	4.8	131	5.1	79	2.8
Консолидированные расходы на нужды здравоохранения	2,134	100.0	2,579	100.0	2,773	100.0

Улучшение эффективности и качества здравоохранения

Общественные расходы	16,046		19,661		21,705	
Валовой национальный продукт	41,279		52,379		60,150	
Расходы на здравоохранение как % ВВП		5.2		4.9		4.6

Первоначально не планировалось заменить средствами страхования на случай болезни финансирование из государственного или муниципальных бюджетов, и ожидалось дополнительное финансирование из этих бюджетов, как и из других источников. В настоящем проводятся обсуждения об объеме национального страхования на случай болезни и о соотношении расходов между страхованием на случай болезни и государственным / муниципальным бюджетами. Однако однозначной тенденцией прошлых лет было постоянное усиление роли финансирования из средств страхования на случай болезни по сравнению с финансированием через государство / муниципалитет. Дискуссии ведутся также и о том, что часть ответственности за уплату взноса для страхования на случай болезни должна быть передана наемным работникам.

Вспоминая реакции медицинского сообщества и широкой общественности на внедрение страхования на случай болезни, становится ясным, что потребовалось почти два года, пока медицинское сообщество не начало понимать принципы страхования на случай болезни. Больше внимания следует уделять информированию общественности. Сегодня имеются ясные признаки увеличения интереса общественности в качестве услуг здравоохранения. Это должно быть приписано лучшему пониманию того, что нет никакого бесплатного здравоохранения, а предоставленные услуги оплачены через страхование.

3. РЕЗЮМЕ

В заключение я хотел бы подвести итоги преимуществ и проблем, связанных с внедрением страхования на случай болезни в Эстонии.

Сначала о тех выгодах, которые приобрели система здравоохранения и застрахованные люди в результате внедрения системы страхования на случай болезни:

- Независимое финансирование, которое не подвергается конкуренции между различными общественными секторами при формировании государственного бюджета, когда бюджет страхования на случай болезни отделен от государственного бюджета. Это позволило обеспечить быстрое развитие здравоохранения, в то время как другие общественные сектора пострадали от недостатка финансовых ресурсов.
- Поскольку региональные фонды болезни заключают договора с поставщиками услуг здравоохранения, принятие решения децентрализовано. Решения принимаются на уровне округов, и это поощряет ответственность и инициативу на местном уровне.
- С изменениями в финансировании, учреждения здравоохранения и их управление стали более независимыми. Хотя это также имеет теневую сторону - “наступательная гонка” медицинских учреждений - владение деньгами и правом принятия решения позволило больницам обеспечить новые дорогостоящие технологии. Проблема состоит в том, что, хотя число больниц уменьшилось по сравнению с их количеством в 1990 г., мы все еще имеем их избыток, относительно малое число пациентов не позволяет рационально и оптимально использовать дорогостоящее медицинское оборудование.
- Ожидания застрахованных людей / пациентов относительно качества услуг здравоохранения и качества обслуживания клиента непрерывно растут. – *Пациенты, будучи налогоплательщиками, все более и более заинтересованы в получении медицинского обслуживания хорошего качества, также как и в хорошем обращении с ними.*

Затем я хочу обсудить темы, которым уделяется слишком мало внимания. Хотя на первый взгляд эти проблемы и кажутся элементарными, наш опыт показывает, что их следует решать более тонкими и сложными методами. Речь идет о механизмах оплаты, преискурантах и о других практических проблемах, чья важность для поставщиков услуг здравоохранения все возрастает. Наш опыт показывает, что если

не заниматься активно этими проблемами, спустя несколько лет крайне вероятны неудачи в решении практических вопросов.

- Достижение согласия относительно принципов дальнейшего развития страхования на случай болезни, чтобы избежать конфликтов внутри самой системы.
- Все участники системы должны быть ознакомлены с этими принципами.
- Практическое воплощение принципов, ибо очень трудно осуществлять страхование на случай болезни, когда некоторые учреждения как, например, Министерство финансов, трактуют бюджет страхования на случай болезни как часть глобального государственного бюджета.
- Очень важно, чтобы принципы и методы внедрения были доступны в письменной форме - это будет способствовать взаимному пониманию и достижению согласия, поскольку в правительстве, парламенте и министерствах весьма часто меняются работники и ответственные лица, которые именно поэтому не знают деталей системы.
- Доступность литературы и информационных материалов: ответственные работники всегда испытывают недостаток времени на поиск новых изданий, поэтому административный персонал системы страхования на случай болезни должен гарантировать доступность подобной информации.
- В условиях децентрализованного принятия решений важно обеспечить согласованность, при которой все участники знают свои функции и обязанности. Также важно найти правильный баланс между решениями, которые принимаются в центре и на местах.

**2. семинар
с 21. до 25.09. 1998 года
в г. Паланга (Литва)**

Тема:

**«Ограничение расходов - распределение
затрат в здравоохранении»**

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО И СВОЕВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Гунтрам Бауер

1. ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ

На первом семинаре (25 мая 1998 г.) была сформулирована центральная для системы здравоохранения балтийских государств проблема: обеспечение современного, высококачественного и социально ориентированного медицинского обслуживания при пока недостаточных экономических и финансовых возможностях. Это привлекло интерес к опыту обеспечения финансовой эффективности страхования здоровья в Германии путём понижения расходов при менее интенсивном экономическом росте и высокой квоте социальных услуг.

Исходя из немецкого опыта, возможности, средства и опыт управления определяются для следующих областей финансового управления:

Управление доходами	Распределение затрат
<ul style="list-style-type: none">• Система финансирования• Взимание взносов	<ul style="list-style-type: none">• Политика уменьшения расходов• Каталог услуг• Политика покрытия расходов• Регулирование предложения• Регулирование пользования услугами

2. УПРАВЛЕНИЕ ДОХОДАМИ

2.1 Система финансирования

В Германии в финансовом оздоровлении на первый план ставятся попытки понижения расходов. Принципы финансирования немецкой системы медицинского страхования, напротив, до сих пор серьёзно не обсуждались по причинам системного и политического характера.

Ввиду осложнений из-за общего социального страхования и соответственного вытекающего уровня доплат к зарплате, а также ввиду трудностей, связанных с эффективным распределением затрат, при достижении цели следует определить и проанализировать и эти принципы:

- Продуктивность.
- Социальная справедливость.
- Экономическая совместимость с политическими условиями рынка труда.

К этому относятся:

- Предел обязательного страхования и предел заработка, до которого взимается страховой взнос (75 % предельной границы пенсионного страхования). Эти пределы, правда, неоднократно обсуждались как по причинам финансирования, так и по социальным причинам, но до сих пор сохранились из-за настойчивого соблюдения принципов страхования. Кроме того, при ликвидации предела заработка, при котором взимается страховой взнос, возникает опасность, что именно клиенты с высоким доходом обратятся к частному медицинскому страхованию. При ликвидации границы обязательного страхования, напротив, был бы нанесён ущерб частному медицинскому страхованию. Поэтому предел страхового вноса в страховании здоровья ограничивается до 77% предела в пенсионном страховании.
- В обязательном страховании по практическим соображениям работодателями взимаемый (фактически исходящий) из зарплаты взнос на основе предела.
- Исключительно от дохода зависящий взнос как социальный компонент. При возрастающей (в том числе и добровольной) частичной занятости, он создаёт возможность полного страхования здоровья с частичным взносом (измеренным по параметрам страхования работающих полный рабочий день) и бесплатного медицинского страхования для указанных в договоре неработающих членов семьи.
- Участие работодателя (50 %) во взносе. Это особенно осложняет положение предприятия, выплачивающего большие суммы заработков, и тем самым отрицательно влияет на

количество рабочих мест (главная причина дискуссий о доплате). Из принципиальных соображений до сих пор не был определён равный для всех предприятий размер доплаты.

Как видно из этих примеров, систематизированное управление доходами пока отсутствует в немецкой системе медицинского страхования. Учитывая его влияние на всю внутреннюю структуру и на принципы, его относят к самым трудным политическим задачам реформы медицинского страхования. Необходимо учитывать и то обстоятельство, что система медицинского страхования почти исключительно финансируется взносами, и в ней отсутствуют какие-либо государственные гарантии финансирования (в отличие от пенсионных фондов и страхования на случай безработицы).

Таблица 1. Рост доходов.

Год	Средний	
	Годовой доход всех социально застрахованных лиц	Основная зарплата работающих застрахованных лиц
В 1970	13.343 ДМ	10.900 ДМ
В 1980	29.485 ДМ	24.580 ДМ
В 1990	41.946 ДМ	35.704 ДМ
В 1997	52.351 ДМ	40.406 ДМ

2.2 Взимание взносов

Взносы в медицинском страховании должны взиматься

- Своевременно и полностью
- С как можно меньшими затратами
- Предотвращая экономические и социальные проблемы.

Взимание взносов для не финансируемых государством систем часто является особенной проблемой. В немецкой системе медицинского страхования оправдалось регулирование взимания взносов.

Преимущества немецкой системы:

- Законное обязательство работодателя (у получающих пособие по безработице и у пенсионеров, соответственно, из средств страхования на случай безработицы и из пенсион-

ного страхования) в удержании и уплате взносов (за исключением добровольных членов).

- Ответственность работодателя за полную и своевременную уплату взносов.
- Проверки предприятий и возможность санкций больничных касс по отношению к работодателю вплоть до принудительного исполнения решения. Разумеется, предполагается также содействие больничных касс работодателю при вычислении и взимании взноса.
- Метод предполагает точные сведения о неуплате и просрочке взносов.
- Проверка больничных касс со стороны пенсионного страхования и страхования на случай безработицы относительно сбора совокупных взносов общего социального страхования и обязательной уплаты взносов пенсионного страхования и страхования на случай безработицы.

Это, разумеется, не исключает проблем при неплатёжеспособности работодателя, которые в экономически трудные времена и в проблематичных регионах, как, например, в Восточной Германии, могут оказывать влияние снижая общую сумму взносов на 10 - 20 %.

3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАТРАТ

3.1 Политика снижения расходов

После того, как улучшение качества услуг, расширение сферы услуг и приобретение новых возможностей финансирования в начале 70-х годов привело к росту расходов, известному как «взрыв расходов в здравоохранении», в конце 70-ых годов замедлившийся экономический рост, растущая безработица и этим вызванное уменьшение, иногда отсутствие прироста финансирования, создали необходимость в политике снижения расходов, которая актуальна по сегодняшний день. Законы об уменьшении расходов, структуре и реформе, принятые в 1977, 1981, 1983, 1989, 1993, 1997 годах, показывают, насколько трудно в течение длительного времени обуздать рост расходов. Вопреки значительному повышению доли участия больного в оплате лечения, вопреки ограничениям предоставления медицинских услуг, и разовых ощутимых повышений

размера компенсации стоимости услуг, до сих пор не удалось достичь стабильного снижения тарифа страхового взноса, дополнительных расходов по заработной плате и доли участия в национальном доходе.

Рисунок 1: Реформы здравоохранения и их финансовые последствия

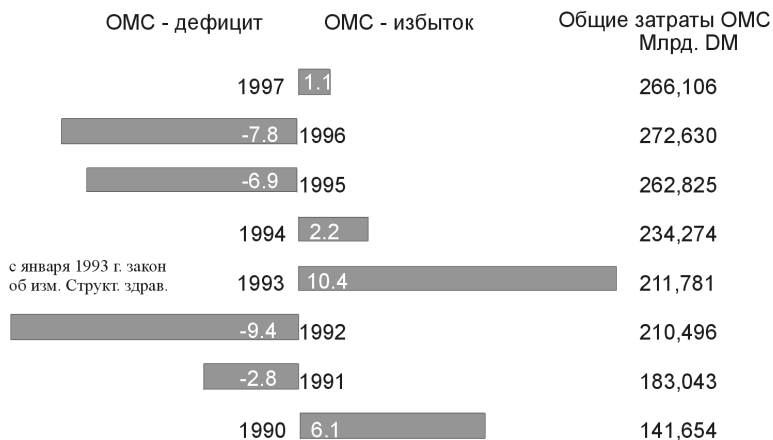
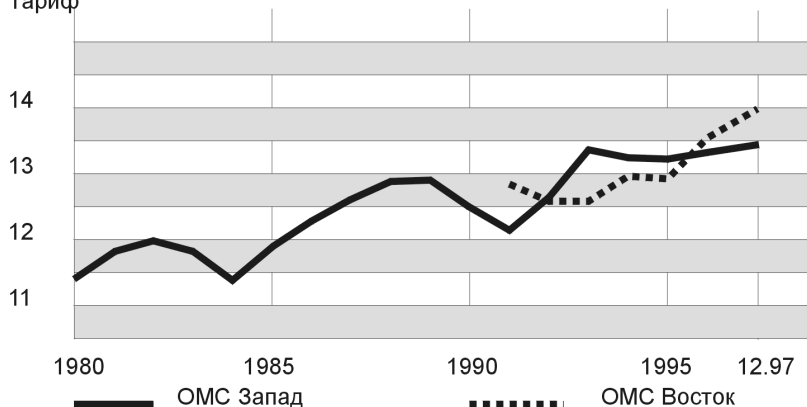


Рисунок 2: Рост размера взноса в обязательном медицинском страховании
Тариф



Общеэкономическое значение системы здравоохранения, учитывая:

- расходы на здравоохранение в размере 14 % валового продукта (из этого около половины в обязательном медицинском страховании),
- долю в общем числе занятого населения, составляющей непосредственно - 8 % (и косвенно - 13 %),

ставится на один уровень с проблемами квоты социальной нагрузки и дополнительных расходов по заработной плате. Поэтому любое вмешательство в экономическую основу здравоохранения с целью эффективного снижения расходов практически невозможно. Медицинский прогресс и демографические изменения (возрастная структура) в сочетании с соответствующей выжидательной позицией населения представляют достаточное оправдание для растущей финансовой потребности медицинского предприятия.

Таблица 2: Финансовая тенденция развития в обязательном страховании здоровья

Год	Доходы В % ВЕК*	Размер взноса	Расходы предоставления медицинских услуг М/РМ/ДМ	
			В млн.	На каждого члена
В 1885	0,4	1,9	53	11,30
В 1900	0,7	2,0	174	17,13
В 1914	1,3	3,5	488	29,53
В 1934	2,1	5,1	1.021	56,49
В 1950	3,2	5,7	2.107	103,03
В 1960	4,1	8,5	8.965	331,30
В 1969	5,2	10,6	22.761	762,66
В 1970	5,0	8,2	23.849	778,22
В 1980	7,7	11,9	85.956	2.428,47
В 1990	7,8	12,5	134.238	3.538,26
В 1997	9,9 **	13,7 **	191.683 **	3.814 **
		14,3 ***		3.004 ***

*Национальный доход; ** Западная Германия; *** Восточная Германия

Ввиду этой ситуации, по меньшей мере, прежнее правительство видело возможность ограничения квоты социальной нагрузки и дополнительных расходов по заработной плате, в первую очередь в

дальнейшем увеличении доли больного в оплате медицинских услуг и в ограничении каталога услуг. Новое федеральное правительство, напротив, делает упор на то, чтобы задействовать рационализаторские резервы здравоохранения и стремиться к лучшему взаимодействию разных областей лечения. Согласие достигнуто в том, что право на полноценное медицинское обеспечение не может зависеть от уровня дохода.

3.2 Каталог услуг

Первоначально 90 % услуг медицинского страхования предоставлялось в форме наличных денег (пособие по болезни). Взаимная зависимость стоимости услуг и возможностей финансирования обеспечила пропорциональное финансовое развитие. С возрастающим значением услуг медицинского характера (сегодня составляют 90 % всех услуг) эта связь с финансированием была утрачена, предоставление медицинских услуг приобрело собственную динамику. Постоянное расширение каталога услуг, повышение требований к медицинскому обслуживанию, возникновение новых областей, таких как реабилитация и профилактика, включение групп лиц с взносами, не покрывающими расходы, в этот спектр предоставления медицинских услуг, и юридическое оформление требований и предложения услуг подняли набор предоставляемых медицинских услуг на экономически несостоятельный уровень. После расширения каталога теперь начинается его пересмотр. При этом особое внимание следует уделить вопросам:

- Насколько сегодня вообще необходимы некоторые, по абсолютно разным причинам в каталог услуг включённые, услуги?
- Какие услуги сегодня следует считать жизненно необходимыми и какие уже не относятся к областям требующего страховки риска?
- Какие услуги, основанные на новых, прежде всего профилактических методах, следует включить?
- В какой мере экономически и социально приемлемо участие больного в финансировании лечения?

Таблица 3: разновидности услуг в обязательном медицинском страховании

<p>Лечение больного</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лечение • Стоматологическое лечение • Медикаменты и оборудование • Лечебные процедуры (массаж, ванны, гимнастика) • Вспомогательные средства (очки, слуховые аппараты, инвалидные коляски и т.д. - множество позиций) • Уход за больным на дому и помощь в домашнем хозяйстве • Медицинская реабилитация 	<p>Профилактика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профилактика болезней зубов • Санатории • Предупреждение зачатия • Прерывание беременности, стерилизация • Содействие группам самопрофилактики • Сотрудничество со страхованием от несчастных случаев 	<p>Заблаговременное распознавание болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинское обследование, начиная с 35 лет (сердечно – сосудистые заболевания, почки, диабет, онкология) • Обследование детей в возрасте до 6 лет
<p>Пособие по болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> • При нетрудоспособности • При заболевании ребенка 	<p>Помощь материнству</p>	<p>Пособие на похороны</p>
<p>Перевозка больных</p>		

Исходя из подобных соображений, были предприняты следующие ограничения услуг:

- Пособие на похороны не выплачивается.
- Прекращена оплата оправ для очков.
- Прекращена компенсация платы за зубное протезирование.

- При пребывании в больнице и в санаториях больной должен доплачивать «экономленные домашние затраты».
- Исключение некоторых лекарств из списка компенсируемых.
- Жестко установленные суммы для ряда лечебных и вспомогательных средств (суммы должны покрывать достаточное лечение).
- Уменьшение пособия по болезни с 80 до 70 % от заработной платы.
- Введение и/или неоднократное увеличение доли больного в оплате лечения, которая с 1975 года выросла с 2,7% до 12,5 % расходов на предоставление медицинских услуг.

Таблица 4: Обзор дополнительных выплат (1997/1998 гг.)

Услуги больничных касс	Величина собственных выплат	Тип компенсации
Лекарство (в зависимости от медикамента дифференциация по величине упаковки)	9,- / 11,- / 13,- DM	1, 2, 3
Перевозочные средства	9,- DM в зависимости от рецепта	1, 2, 3
Расходы на дорогу (амбулаторный прием)	100%	2, 3
Расходы на перевозку больных и машины скорой помощи	25,- DM за поездку	2, 3
Расходы на дорогу (лечение в стационаре) или вместо/для уменьшения времени пребывания в стационаре	25,- DM за поездку	2, 3
Лечащие процедуры (гимнастика, массаж)	15% расходов	1, 2, 3
Оборудование, бандажи, компрессионная терапия	20% цены в продаже	1, 2
Протезирование зубов (прием у стоматолога и услуги зубного техника)	Разница между фактическими расходами и постоянной дотацией из кассы	2, 3
Лечение в больнице	17,- / 14,- DM в день, макс. 14 дней в году	1
Травматологическая больница (1997 – 1998 гг.)	все члены 20,- DM в год	1, 2
Присмотр и реабилитационные услуги в стационаре	25,- / 20,- DM в день	1, 2

Улучшение эффективности и качества здравоохранения

Послеоперационная реабилитация	17,- / 14,- DM в день макс. 14 дней в год	1,2
Санаторий для матерей	17,- / 14,- DM в день	1,2
<p>1 Застрахованные лица до 18 лет - полностью бесплатно.</p> <p>2 Бесплатно, если месячные общие доходы на содержание составляют не более чем Одинокие лица (Западная Германия) 1.736,- DM (Восточная Германия: 1.456,- DM) с 1 членом семьи (ЗГ) 2.387,- DM (ВГ: 2.002,- DM) и на каждого ребенка (ЗГ) 434,- DM (ВГ: 364,- DM).</p> <p>3 Бесплатно, если доплата превышает 2% (при хронических заболеваниях 1%) годовых общих доходов на содержание. В зависимости от каждого члена семьи (супруга, ребенка) при расчете годовых общих доходов, они соответственно уменьшаются: 1 член семьи (ЗГ) на 7.812,- DM (ВГ: на 6.552,- DM) каждый следующий член семьи (ЗГ) на 5.208,- DM (ВГ на: 4.368,- DM). При протезировании зубов установлено особое регулирование.</p>		

3.3 Политика покрытия расходов

Политика оплаты при помощи:

- системы оплаты (отдельный реферат в конце),
- структуры оплаты и
- размера оплаты.

создаёт возможность политики количества, структуры и цен, которая определяет и объемы расходов. При этом немецкие законы о медицинском страховании возлагают большие надежды на договорное партнерство больничных касс и врачей или медицинских организаций.

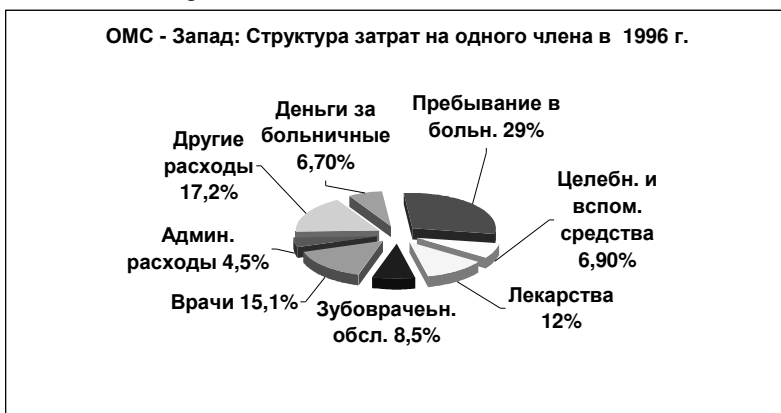
Обе стороны поддерживают эффективность оплаты. Выше представленные бюджетные величины чужды немецкой системе оплаты. Бюджетное финансирование или ограничения, введенные в последние годы, считаются временными вынужденными мерами до проведения соответствующих структурных реформ.

Компенсация платы за медицинские услуги обозначает с точки зрения:

- несущего бремя расходов - соответствие рыночным условиям и экономически/социально приемлемо,
- проводящего лечение - соответствие произведённым затратам и гарантия существования.

Между этими двумя сторонами происходят споры. Различные системы и структуры оплаты и на пути к цели уменьшения расходов вызывают противоположные стратегии проводящих лечение. Только при частом изменении стратегии политики оплаты это можно предотвратить. Эффективные ограничения могли быть в основном введены только законом и ограничены во времени.

Рисунок 3: Структура расходов обязательного медицинского страхования (запад) в 1996 (на каждого участника страхования, включая пенсионеров)



Основные сферы политики оплаты.

Оплата врачей:

- Сформированный инструментарий политики оплаты и способ ведения дел. Практиковались все возможные системы оплаты (см. следующий реферат). Влияние и изменения, ведущие к понижению расходов, были кратковременны.
- Динамика затрат путём введения оплаты за одну медицинскую услугу в конце 60-х годов. Порядок оплаты, содержащий около 2.000 позиций, открывал значительные возможности расширения предложения медицинских услуг. Последствия понижения расходов путём ограничения и составления бюджета, понижения цен на отдельные услуги, усугублённое увеличением их количества и ростом чис-

ленности врачей, без регулирования предложения, оказалось недолгосрочным. Развитие расходов на содержание врачей не было последствием уменьшающегося роста финансирования. Напротив: лучшие результаты понижения расходов, в сравнении с остальными областями расходов, привели к уменьшению этой доли в расходах на предоставление медицинских услуг.

- Усиление ответственности врачей за ими же инициируемые услуги (предписания, госпитализации), при необходимости с требованиями больничных касс возместить убытки.
- Значительное политическое влияние врачей затрудняет проведение экономически обоснованного ограничения оплаты.

Компенсация при покупке лекарств:

- Фармакологическая индустрия не является договорным партнером больничных касс, поэтому невозможно её непосредственное влияние на структуру предложения и цен. Возможно лишь косвенное воздействие посредством влияния на предписания врачей.
- Договорными партнерами больничных касс являются только аптеки. В договоре оговорены только способы учета и контроля, так как наценки аптек и скидки больничным кассам отрегулированы законами.

Оплата в больницах:

- Область больших расходов с растущей долей потребителя в общих расходах. Это решающая сфера для успеха политики снижения расходов.
- Неэкономичный принцип возмещения себестоимости сильно ограничил возможности политики оплаты. Новая попытка законодателей путём государственного финансирования отдельных типов случаев побудить больницы к большей экономичности (с возможными прибылью и убытком) применяется лишь к 15 % всех лечебных предприятий. Поэтому с точки зрения всей системы последствия пока незначительны.
- Этап бюджетирования имел только ограниченное, временное воздействие, так как расходы на содержание персона-

ла (70 %) практически не были включены. Угроза для существования больниц (и рабочих мест) при бюджетировании является большой проблемой региональной политики.

Рисунок 4: Расходы на содержание врачей обязательного медицинского страхования в зависимости от роста зарплаты (федеральные земли в 1991 = 100%)

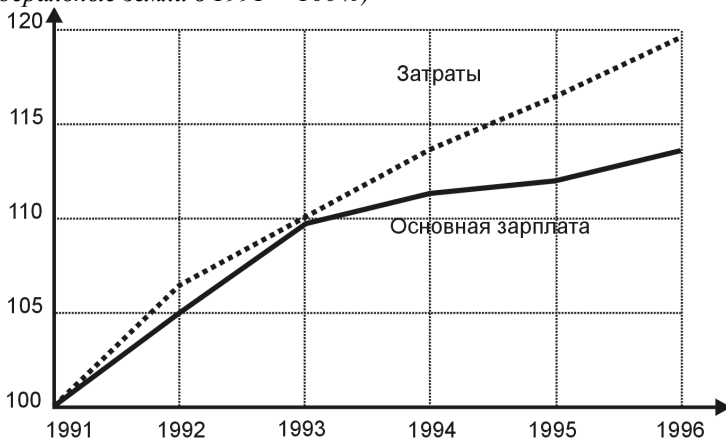


Рисунок 5: Общй доход, производственные издержки и прибыль врачей в 1994 (Федеральные земли)

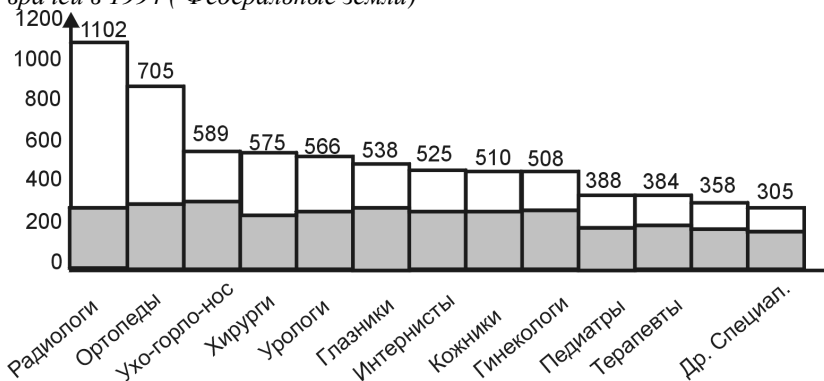


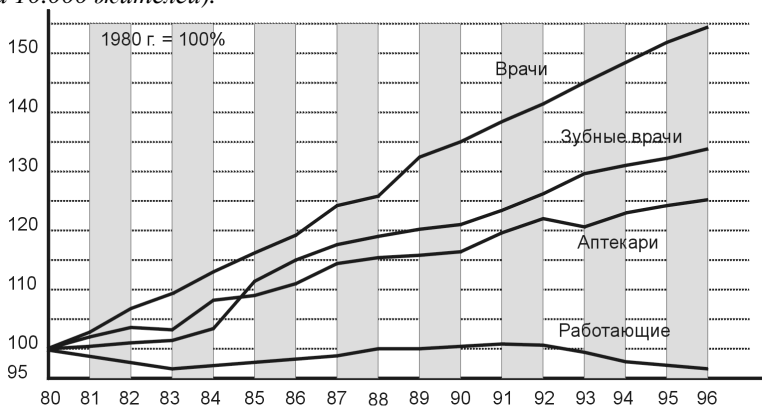
Таблица 5: Структура расходов больниц (до 1990 федеральные земли запада, с 1991 вся территория ФРГ)

Год	Общие затраты за расчетный день в ДМ	Включая			
		Затраты на персонал		Материальные затраты	
		в ДМ	в %	в ДМ	в %
в 1980	196,24	136,43	69,52	55,58	28,32
в 1985	261,55	175,27	67,01	85,66	32,75
в 1990	351,54	234,53	66,72	113,91	32,40
в 1995	559,60	373,94	66,82	181,14	32,37

3.4 Регулирование предложения

Политику оплаты ограничивает рост числа поставщиков услуг. Успехи политики оплаты могут быть сведены растущим предложением при отсутствии его регулирования на нет.

Рисунок 6: Рост предложения (число работников здравоохранения на 10.000 жителей).



В Германии конституцией гарантированная свобода выбора профессии и места проживания значительно затрудняет регулирование предложения. Возможно только косвенное влияние на рост предложения. Медицинские профессии, несмотря на все более ощутимую

конкуренцию, которая может привести в отдельных специальностях и регионах даже к недостаточному доходу медиков, все еще привлекательны, и в сравнении с общим числом трудящихся их число продолжает возрастать. Единственным действенным средством ограничения роста численности медиков являются ограничения при поступлении в университеты.

Таблица 6: Планирование предложения в различных областях

Область	Метод Планирования	Действие
Врачи	Планирование потребности во врачах	<p>Специфическая сбалансированность между излишним и недостаточным обеспечением врачебными группами. Ограничения количества в переполненных областях. Общая численность определяется по фактическому состоянию.</p> <p>Число врачей возрастает, что приводит к:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Конкуренции между врачами, что увеличивает затраты; • Уменьшению оплаты на одного врача и росту доли участия в стоимости врачебной практики, что сокращает доходы врача; <p>Бюджетирование дополнительно увеличивает давление. Растущая конкуренция между врачами влечёт за собой их щедрость по отношению к пациентам при оказании своих услуг и при выписывании рецептов. Таким образом во всех финансируемых бюджетом сферах возникает давление.</p>
Аптеки	Отсутствие ограничений на открытие аптек	<p>Растущее число аптек, несмотря на сокращающуюся основу существования.</p> <p><u>В 1980 - 1995 годах возросли:</u></p> <p>Расходы на лекарства общего медицинского страхования + 150 %</p> <p>Оборот на одну аптеку + 76 %</p> <p>Прибыль на одну аптеку + 50 %</p>

Улучшение эффективности и качества здравоохранения

		<p>Политическое давление аптек на применение законов торговли и на получение монопольных прав.</p>
<p>Лечебные и вспомогательные средства</p>	<p>Отсутствие ограничений на профессии</p>	<p>Бальнеологи, массажисты и другие не врачебные профессии, уменьшающиеся под давлением понижения расходов. Производится косвенное регулирование предложения через назначения, фиксированные суммы и участие пациентов в оплате за услуги.</p>
<p>Больницы</p>	<p>Планирование количества больниц</p>	<p>Компетентность: федеральные земли при участии больничных касс (законодателем медицинского страхования является государство).</p> <p>Бесспорно, что необходимо сокращение нескольких тысяч коек. Однако закрытие, особенно в экономически слабых регионах, конкретных больниц или отделений является политическим процессом. Соответственно затягивается планирование сокращения коек и реализация.</p> <p>Больничные кассы пытаются использовать косвенный путь для сокращения количества коек путём сокращения продолжения пребывания в больнице – меньшая занятость коек – закрытие больниц или отделов из-за занятости, падающей ниже законами предписанного минимума.</p>

Рисунок 7: Рост количества аптек и оборота (территория всей ФРГ)

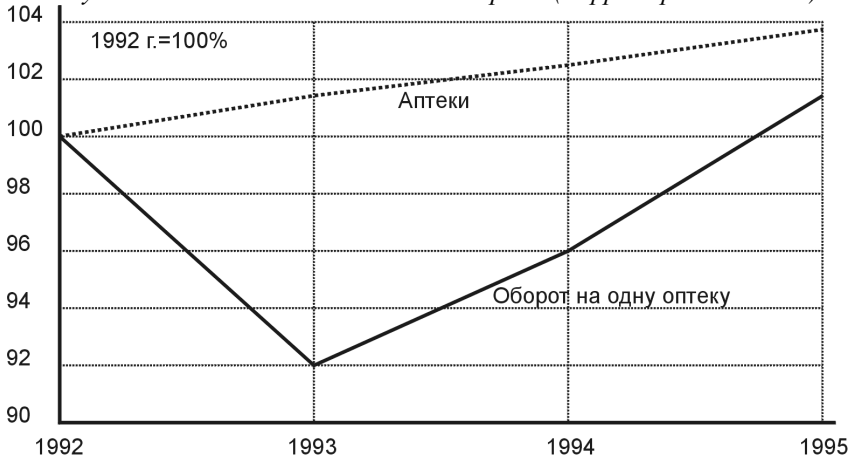
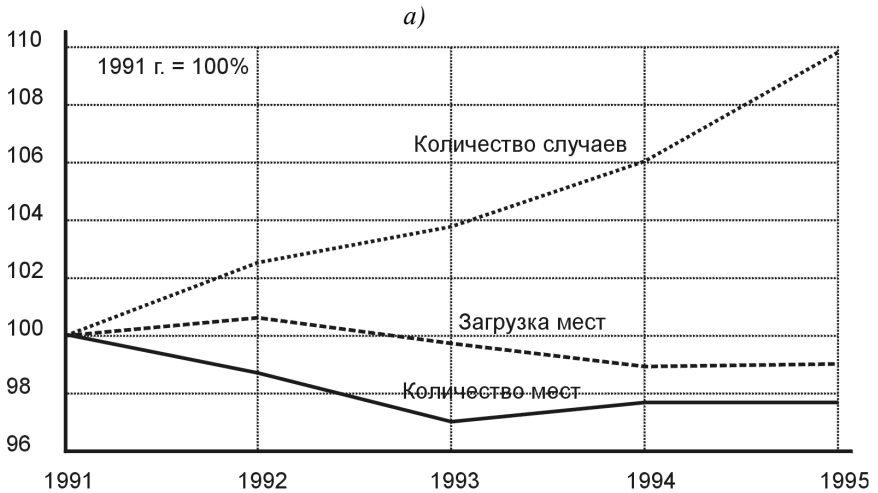
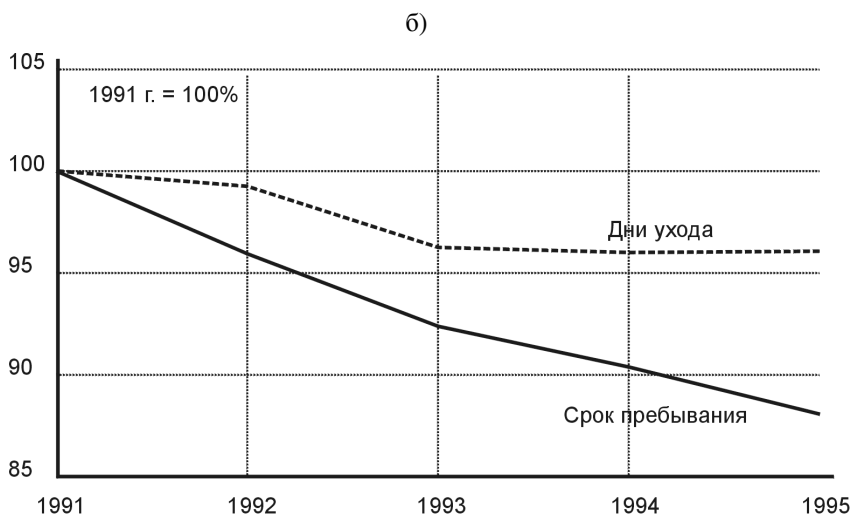


Рисунок 8: Больницы и учреждения ухода или реабилитации (Территория всей ФРГ)





3.5 Регулирование потребления услуг

Исходя из ранее убедительного представления „чем меньше будем лечить, тем меньше будут расходы“, регулирование потребления услуг наряду с политикой оплаты относится к старейшим методам регулирования расходов. На первом плане раньше стояли такие непосредственные меры как административное разрешение и контроль. Разрешение на использование лечебных и вспомогательных средств, на лечение в больнице и на возмещение расходов зубного протезирования применяется и сегодня, хотя считается устаревшим и зачастую формальным, разве что разрешение врача в ряде случаев является решающим. Большее значение имеет контроль, и, прежде всего, в случаях нетрудоспособности (пособие по болезни) и при оплате тяжелых случаев лечения в больницах с применением интенсивной терапии. Несмотря на то, что контроль нетрудоспособности из-за попытки ограничить неоправданные "больные праздники" внес значительную напряженность в отношения между застрахованными и больничными кассами, он потерял свое значение в 1970 году с введением обязанности работодателя выплачивать зарплату больным рабочим в течение первых шести недель болезни (прежде уже было для служащих).

Разрешилась и проблема ухода за больным в острых случаях с введением в 1996 году страхования на случай тяжёлых заболеваний.

В рамках усилий по ограничению расходов всё более расширялись формы косвенного регулирования, создавая финансовую заинтересованность больных в ответственном, сдержанном потреблении услуг, оплачиваемых больничными кассами. Сюда относятся прежде всего все формы участия пациентов в оплате медицинских услуг и – что в Германии приобрело крайнее значение – бонусные системы («премия за больничную карточку») при неполном использовании квартальной больничной карточки, и частичное возмещение взноса в зависимости от времени, в течение которого клиент не пользовался медицинскими услугами, а также возмещение расходов вместо оказания услуги (теперь применяется при зубном протезировании).

Доля участия пациента в оплате медицинской услуги, что подробнее обсуждается в разделе 3.2, достигла значительного объема. Она должна оплачиваться больным застрахованным (а значит, без участия работодателя и без финансирования здоровыми застрахованными), таким образом многократно усугубляется доля «собственного участия», соответствующая 1,75 пунктам размера взноса. Эффект применения таких мер в управлении очень сомнителен: с одной стороны, рост расходов в здравоохранении мало соответствует потреблению услуг (ср. следующие графики), скорее он соответствует экономическим условиям деятельности врачей, как с точки зрения «народной» экономики, так и с точки зрения «производственной» экономики. Проще говоря, если застрахованный обращается к врачу вдвое реже, объемы оплаты не сокращаются вдвое. С другой стороны, необходимые "указания на особый случай" как раз освобождают группы с высоким показателем потребления медицинских услуг (пенсионеры, больные хроническими заболеваниями, социально проблемные группы) от доли участия в оплате услуг полностью или частично. Таким образом, доля участия пациента в оплате медицинской услуги в первую очередь перераспределяет расходы, и, частично, перемещает риск болезни.

Рисунок 9: Медицинское обслуживание в обязательном медицинском страховании

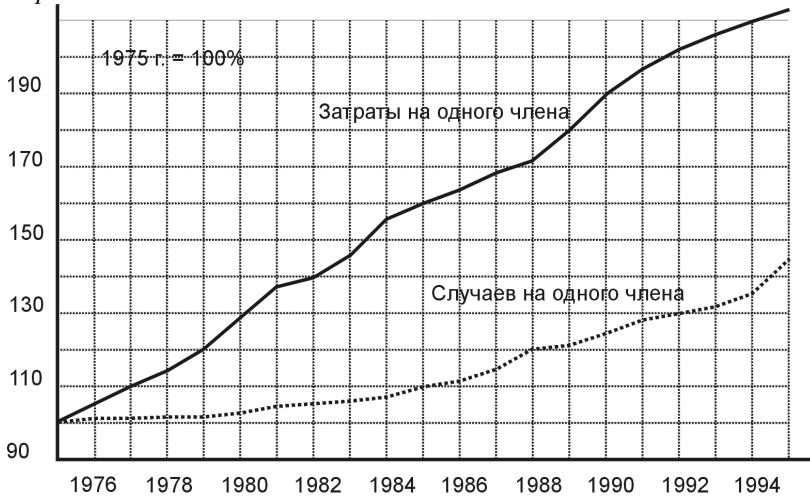


Рисунок 10: Стоматологическое обслуживание без зубного протезирования в обязательном медицинском страховании

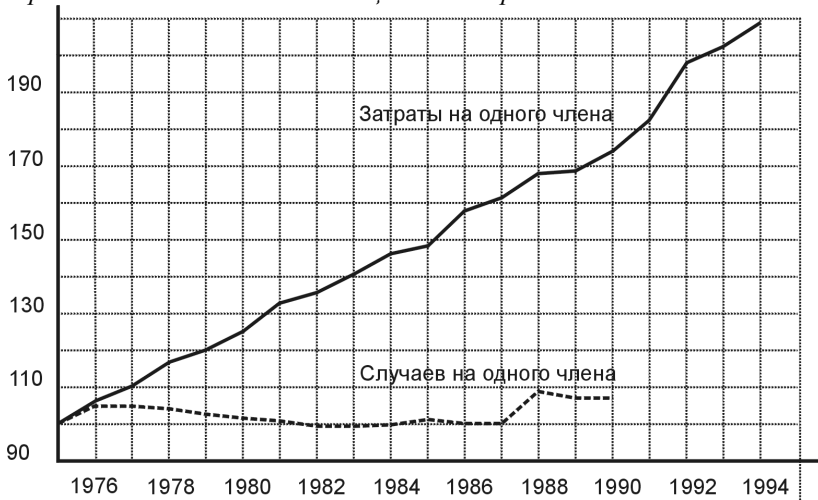


Рисунок 11: Затраты на лекарства

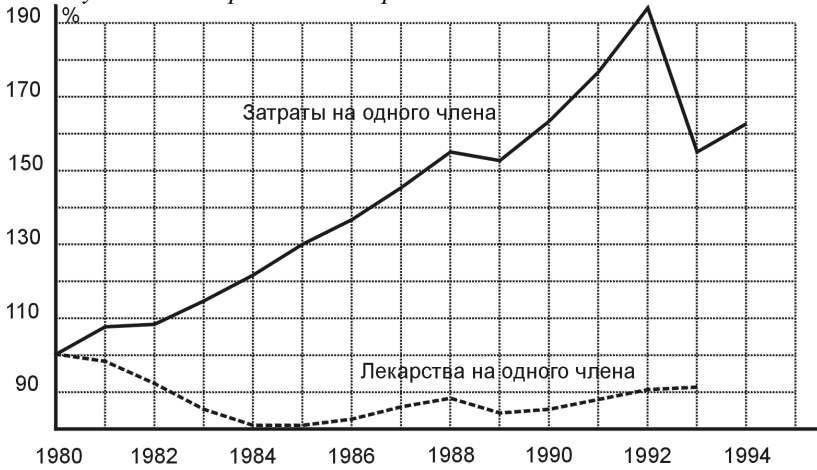
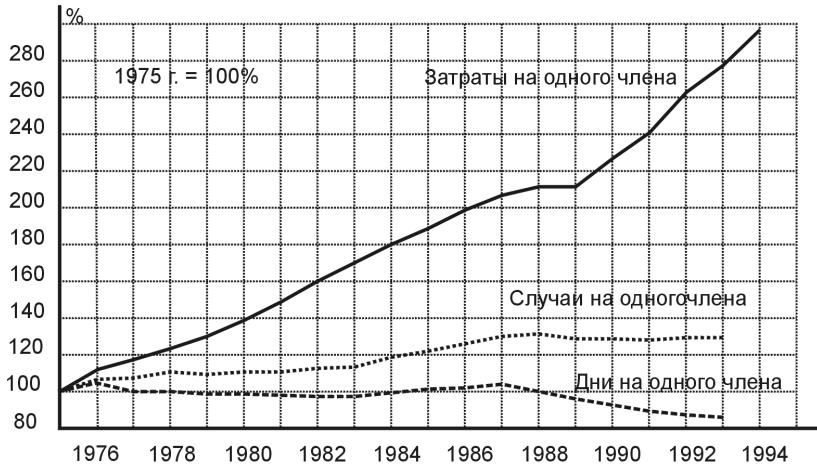


Рисунок 12: Лечение в больнице в обязательном медицинском страховании



4. ИТОГ

Обсуждение возможностей эффективного и одновременно рационального и социально приемлемого финансового управления сейчас в Германии в самом разгаре. При обложении взносами социального страхования, составляющими 42%, включая обложение непосредственными налогами (подходный налог), и при незначительном росте экономики, связанным с высокой безработицей, уже давно достигнута стадия, когда отсутствуют стимулы для инвестиций, особенно в создание рабочих мест, а также отсутствуют стимулы повышения производительности, и формируется интерес к нелегальным трудовым отношениям. Поэтому снижение дополнительных расходов по заработной плате и налогообложения являются единой целью для всех общественных сил. Усилия по понижению расходов в страховании здоровья не изолированы от этой цели и являются необходимым шагом к этой цели.

Представления о правильном пути, как было показано, противоречивы, тем более что прежние меры не дали никакого продолжительного воздействия, что мы тоже попытались показать. При этом ждет ответа вопрос: как может протекать развитие без интенсивных усилий по понижению расходов?

Факт, что свободный рынок здравоохранения (на данном этапе регулируемый государством) приобретает свою собственную динамику, и он не может быть в финансовом отношении управляем без учета общего экономического влияния, в противном случае он стал бы «разделённым» рынком (социально регулируемый и частный) со всеми вытекающими отсюда социальными последствиями. Стало также ясно, что внезапные понижения уровня нагрузки вследствие перераспределения расходов приводят к быстрому заполнению выигранного пространства и таким образом не являются эффективными. Важнее стараться достичь постепенного снижения роста расходов, применяя структурные меры. Прямолинейное снижение расходов уже несколько лет не является целью соответствующих действий законодательства.

Соблюдение равновесия между ограничением социальной квоты нагрузки, общеэкономическим значением здравоохранения как отрасли экономики, политикой здоровья и социальной политикой остаётся постоянной политической задачей, требующей широкомасштабных действий, ведущих к радикальным успехам.

СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Бертрам Мюллер

Во время первого семинара выяснилось желание участников узнать больше о процессе в Германии. Этому пожеланию соответствует данный реферат.

Благодаря очень хорошему в качественном и количественном отношении положению медицинского обеспечения в Германии, которое, правда, также связано с большими расходами, на протяжении десятилетий обеспечено равное медицинское обслуживание всех регионов и слоёв населения. Права и обязанности участников системы медицинского страхования отрегулированы, в частности, 5 статьёй кодекса социального права, действительного для всей федеративной республики.

1. АМБУЛАТОРНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ)

Следующие общегосударственные предписания как, например, федеральный закон о порядке предоставления врачебных услуг, положение о профессии врача, порядок допуска к врачебной практике и положение о расценках за услуги врачей (расчёты с частными пациентами) регулируют профессиональное право, а также повышение квалификации врачей.

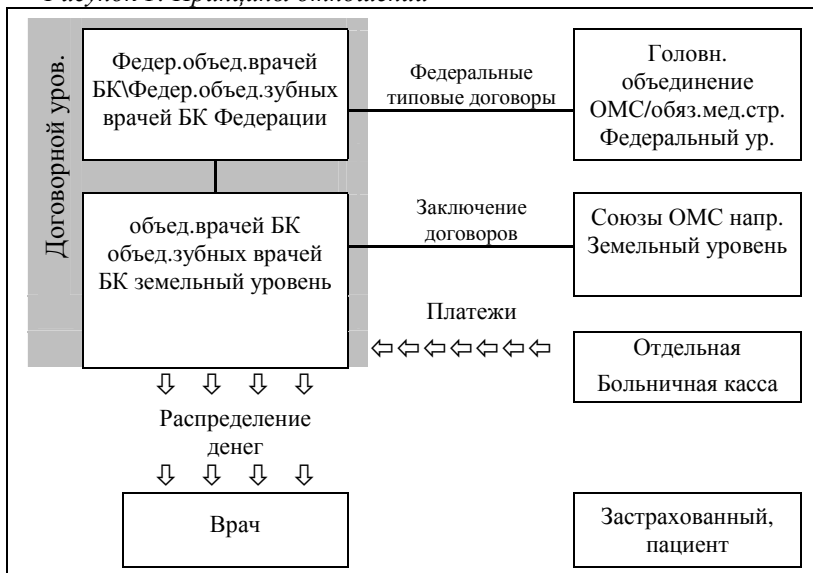
По федеральному принципу устройства немецкого государства все федеральные земли вплетены в общегосударственное законодательство и выпуск постановлений. Это утверждение особенно правильно для здравоохранения. Исходя из этого, именно в здравоохранении действует твёрдый принцип самоуправления. В условиях самоуправления, связанного с соблюдением предписаний на основании кодекса социального права, практические постановления о преобразовании, особенно в амбулаторном обеспечении, обсуждаются и документально регулируются (например, уставом, рекомендациями, директивами) преимущественно в рамках самоуправления. Это происходит во множестве общественных самоуправляемых организаций. Их компетенция в выпуске законов настолько велика, что положение о врачебной профе-

ссии (на федеральном и земельном уровнях), порядок допуска к врачебной практике, единый масштаб оценки услуг и договоры о гонорарах компетентными учреждениями самоуправлений оформляются самостоятельно (на основании законов и вышестоящего права). Больничные кассы также являются общественными самоуправляемыми организациями с абсолютной финансовой независимостью и финансовой ответственностью, которая, например, отражается в уставном праве больничной кассы устанавливать размер взноса.

Участники (больничные кассы как финансист и объединения врачей больничных касс как представители оказывающих услуги организаций) заключают договора на федеральном уровне и на уровне отдельных земель (например, общий договор, единый масштаб оценки услуг, договоры о гонорарах на уровне земельных союзов). Договоры на уровне земельных союзов очень разнообразны и тем самым создают возможность вводить регионально ограниченные новые творчески развитые системы оплаты и оценивать подобные опыты других федеральных земель по прошествии времени.

Врач имеет финансовые отношения только с объединением врачей больничных касс, членом которого он является. Застрахованные, а также работодатели, платящие взносы, косвенно участвуют в этом процессе через самоуправление больничной кассы, и непосредственно через свои взносы в больничную кассу. Законами и постановлениями, рекомендациями и т.д. обеспечено, что пациент не должен нести никаких убытков. Обслуживание во всей федерации гарантировано и практикуется в равной мере независимо от различных систем оплаты.

Рисунок 1: Принципы отношений



На земельном уровне существуют самоуправляемые объединения врачей больничных касс (в некоторых федеральных землях несколько объединений). Их членами являются врачи, которые имеют право оказывать услуги государственной больничной кассе (тому необходимо разрешение). Члены избирают руководство объединения, контролируют его деятельность, влияют на неё и определяют "деловую политику" (самоуправление).

Самой важной задачей объединений врачей больничных касс, определённой федеральными законами, является гарантия медицинского обеспечения. Дальнейшими задачами являются, например, допуск к врачебной практике в качестве договорного врача больничных касс, гарантия качества медицинских услуг, соблюдение прав договорных врачей по отношению к больничным кассам и заключение договоров с больничными кассами. В случае конфликта законом предусмотрены арбитражные инстанции, которые рассматривают дело перед возможным судебным разбирательством.

Распределение больничными кассами выделенных финансовых средств для лечения является задачей исключительно объединения вра-

чей больничных касс. Основанием для этого являются так называемые критерии распределения гонораров между договорными врачами. Они различаются в разных федеральных землях.

Следующая задача – проверка методов расчетов отдельного врача. При этой проверке больничные кассы и объединения врачей больничных касс взаимодействуют через общие комитеты.

Больничные кассы и объединения врачей больничных касс заключают договора об общей оплате. Для этого существует много разнообразных возможностей. Паушальная сумма в зависимости от количества обслуженных пациентов (в среднем за год и на одного застрахованного), паушальная сумма в зависимости от обращений, происходящих на определенную группу врачей, и оплата за отдельную медицинскую услугу, разрешаются также комбинации всех перечисленных видов оплат. Раньше было запрещено заключать соглашение по количеству обслуженных пациентов. Юридические положения о видах оплаты постепенно ослаблялись, определения лимитов и максимально разрешенные превышения расходов, напротив, стали более жесткими.

Законодатель формулирует экономические, медицинские и политические (на практике это финансово-политические) ограничения и принуждает самоуправляемые учреждения к их соблюдению, но позволяет им относительно свободно выбирать способ действий.

Согласно общему договору, больничные кассы платят объединениям врачей больничных касс общую сумму оплаты с освобождающим действием (т.е. при этой выплате больничные кассы полностью исполняют договорное платежное обязательство независимо от распределения этих денег между отдельными врачами и от фактической затраты). Объединение врачей больничных касс распределяет эту сумму между врачами по критериям распределения гонораров. В зависимости от отдельного регулирования, учитывая определенные особенности практики и т.д., различаются критерии гонораров за общее медицинское обслуживание, за специальное медицинское обслуживание, за обслуживание в разных регионах. Тем самым, эти критерии распределения гонораров являются эффективным инструментом управления в объединениях врачей больничных касс.

Распределение затрат осуществляется законодателем (ограничения / бюджетирование) через определение содержания и формы договора между больничной кассой и объединением врачей больничной кассы

(общий договор) и методом распределения (критерии распределения гонораров).

Уже указанные "системы оплаты" регулируют исключительно отношения между больничными кассами и объединениями врачей больничных касс, т.е. способ вычисления денежной суммы, которую больничная касса должна выплатить согласно общему договору. Конкретная выплата происходит исключительно по критериям распределения гонораров, и поэтому находится вне влияния больничных касс. Об этом разделении финансирования и оплаты часто забывают при рассмотрении немецкой системы.

В договорах о согласовываемой системе оплаты, как правило, оговариваются и устанавливаются: исходный период (фактически оказанные услуги, например, истекшего года, как основа для новых соглашений), временные рамки, экономическое положение больничной кассы, рост размеров взносов, условия приспособления и, при необходимости, обязательство отчитываться при требовании приспособления.

1.1 Паушальная сумма в зависимости от количества обслуженных пациентов

Паушальная сумма в зависимости от количества обслуженных пациентов находится в естественной зависимости от количества застрахованных по договору с больничной кассой и средней годовой потребности застрахованного в услугах больничной кассы.

Последствия использования паушальных сумм в зависимости от количества обслуженных пациентов:

- Больше всего учитывается общая потребность (среднее число услуг, в которых нуждаются все застрахованные, и здоровые и нуждающиеся в лечении) за определенный период времени.
- Эта система больше всего нивелирует финансовый риск отдельных больничных касс.
- Эта система перекладывает финансовые последствия риска заболевания (финансирование) в основном на врачей.
- Эта система не учитывает действительные услуги, оказанные врачом.

- Почти нет стимулов к повышению качества, но есть количественный стимул, т.е. стимул обслужить как можно больше пациентов за квартал.
- Эта система малоприспособлена в качестве инструмента распределения (раньше распределение проводилось по количеству обслуженных пациентов, но теперь уже в течение длительного времени по критериям распределения гонораров между договорными врачами).
- Происходит выбранное застрахованным (больничная карточка) как бы прикрепление к одному врачу на один квартал.

Паушальная сумма в зависимости от количества обслуженных пациентов как метод вычисления общей оплаты (вычисление платы из больничных касс объединениям врачей больничных касс) применялась и применяется в Германии как основной метод (с 1931 г.). При этом всё большее применение стали находить ограничения роста и бюджетирование.

Компоненты паушальной суммы в зависимости от количества обслуженных пациентов могут содержаться в критериях распределения гонораров (в Германии имеется больше чем 18 различных положений для конкретных объединений врачей больничной кассы).

1.2 Паушальная сумма в зависимости от количества обращений, приходящегося на определённую группу врачей

Сумма вычисляется по количеству обслуженных пациентов, учитывая также и число застрахованных по договору с больничной кассой.

Последствия использования паушальной суммы в зависимости от количества обращений:

- Сильный стимул к увеличению количества обращений (стимул количества).
- Нет стимула к повышению качества, эта система может, напротив, быть препятствием для введения новых методов лечения (отсутствие финансовой надёжности для новых методов в длительный период времени).

- Не учитываются действительные медицинские услуги, оказанные врачом.
- Больше всего учитывается общая потребность в услугах нуждающихся в лечении застрахованных в течение определенного периода времени.
- Уровень финансового риска отдельной больничной кассы зависит от состояния здоровья застрахованных.

Паушальная сумма в зависимости от количества обращений, как метод вычисления общей оплаты, в Германии применялась ограниченно и недолговременно, сегодня больше не употребляется. Однако компоненты паушальной суммы в зависимости от количества обращений содержатся в критериях распределения гонорара. При этом происходят вариации в зависимости от ограничений постоянных или переменных расходов на обслуживание одного пациента.

1.3 Оплата за отдельную медицинскую услугу (ELV)

Различаются наличная оплата за одну медицинскую услугу (например, твёрдые расценки за услуги частных врачей) и оплата за одну медицинскую услугу по системе баллов (причем количество баллов изменяемо). Оплата вычисляется, учитывая действительные услуги, оказанные врачом, причем при вычислении учитывается и число застрахованных по договору с больничной кассой.

Последствия расчётов за одну медицинскую услугу (в государственной больничной кассе применяется только система баллов):

- Эта система в основном имеет такие же последствия, как паушальная сумма в зависимости от количества обращений, приходящихся на определённую группу врачей.
- Она содержит двойной стимул к повышению количества:
 1. Расширение услуг, оказанных одному пациенту, и
 2. Увеличение числа пациентов. Чтобы количество оказанных услуг не было чрезмерно большим, различными методами проверки при вычислении пытаются ограничить эту двойную динамику (= рассмотрение количества оказанных услуг).

- Объем услуг врача находится в соответствии с платой.
- Врач узнает о денежной стоимости своих услуг только со значительным опозданием (система баллов).

В 60-ые годы была назначена оплата за одну медицинскую услугу с точной системой баллов на будущее, так что врач знал заранее денежную стоимость своих услуг. Это вызвало с течением времени сильную "двойную динамику" (во-первых, ежегодно на основе прогресса медицинских технологий и по требованиям врачей увеличивалась стоимость одного балла, во-вторых, врачи увеличивали количество услуг, чтобы, опираясь на известную стоимость балла, достичь более высокого дохода). Этому была противопоставлена система баллов с варьируемой стоимостью одного балла (стоимость балла зависела от общего количества услуг), но это тоже не смогло предотвратить динамику. Поскольку в этих условиях количество услуг не вело к большему доходу, производители услуг выражали недовольство. Количество услуг увеличивалось и дальше, а прессинг врачей, требующих большей оплаты, отразился в договорах об оплате между больничными кассами и объединениями врачей больничных касс в виде более высоких взносов.

Неограниченная оплата отдельной услуги как метод вычисления общей оплаты в Германии сегодня больше не применяется. Она ещё играет незначительную роль в рамках возмещения лишь для малого круга людей.

Начиная с 1965 года, компоненты оплаты за одну медицинскую услугу составляют большую часть критериев распределения гонораров. При этом, в зависимости от законодательной воли и возможностей больничной кассы, в договорах учтены многие вариации методов ограничения расходов.

1.4 Смешанные системы

Почти ни одна из вышеупомянутых систем в Германии не применяется в чистом виде. С давних пор имеют место смешанные системы.

Разделение вычисления общей оплаты (в соответствии с договором между больничной кассой и объединениями врачей больничной кассы) и распределения денежных средств (в соответствии с критериями распределения гонораров), а также федеративная система Федеративной Республики Германии содействуют гибкому применению систем оплаты. Говоря проще, существует много областей для экспериментов,

которые используются, не оказывая отрицательного влияния на высококачественное и равное медицинское обеспечение населения.

С 1989 года законы препятствуют росту расходов, применяя сумму тарифной зарплаты (= сумма всех доходов, из которых платятся взносы больничным кассам). При этом ежегодное процентное повышение платы больничной кассы объединениям врачей больничной кассы не может превышать ежегодное процентное повышение доходов со взносов (= распределение расходов, ориентированное на прибыль). Кроме того, были установлены твёрдые бюджеты для предписанных врачами лекарств, лечебных и вспомогательных средств. Объединения врачей больничной кассы обязаны оплачивать услуги, превышающие эти бюджеты, из общей оплаты. Вызванные этим уменьшения распределяемой общей оплаты объединения врачей распределяют между теми врачами, которые превысили свои бюджеты, слишком часто предписывая средства, или предписывая слишком дорогие средства (сокращение оплаты отдельному врачу).

Законодательные предписания соблюдаются в рамках критериев для распределения гонораров, применяя систему оплаты за одну медицинскую услугу с изменяемой стоимостью балла, дополненную компонентами паушальной суммы в зависимости от количества обращений, ограничениями бюджета для определённых услуг, бюджетом для медикаментов и вспомогательных средств. С июля 1997 года для отдельных групп врачей (например, терапевты) в зависимости от числа обслуженных пациентов назначаются бюджеты для групп врачей (а не индивидуальный бюджет для каждого врача).

Сейчас одно объединение врачей (Бавария) больничной кассы планирует введение нормального объема медицинских услуг (объем услуг для определённой группы врачей) на основе новой юридической возможности. Это установленное количество услуг связано с системой оплаты с установленной стоимостью баллов, так что врач может заранее подсчитать размер дохода. Но если это количество услуг превышает, то, учитывая особенности практики (например, квалификация и возраст врача), стоимость балла уменьшается в зависимости от размера превышения.

1.5 Обобщение

Больничные кассы выплачивают выработанную в договорах общую оплату, а объединения врачей больничных касс распределяют эти денежные средства в соответствии с выработанными в рамках самоуправления критериями распределения гонораров.

Таким образом, метод вычисления общей оплаты был и остается отделённым от метода распределения.

Вычисление общей оплаты происходит в основном паушально, с учётом количества застрахованных, изменения суммы тарифной заработной платы и изменения медицинских услуг (количество всех оказанных врачами услуг), а также в связи с законами установленными ограничениями.

При распределении десятилетиями наблюдалось развитие паушальных систем в сторону системы оплаты за одну услугу, а теперь в течение нескольких лет наблюдается обратное развитие - к паушальным системам в форме ограничений и бюджетирования. С точки зрения качества, рациональная оплата за одну услугу по причинам увеличивающихся расходов, не могла бы долго существовать без изменений так как предположение, что количество услуг не будет расти, было бы ошибочным.

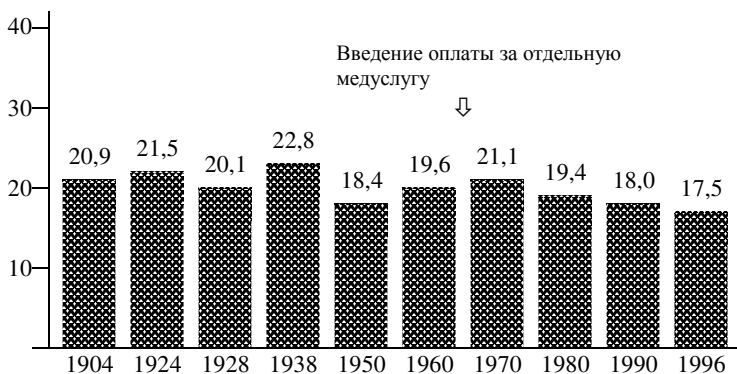
В области амбулаторного медицинского обслуживания в Германии в течение десятилетий действует децентрализованная и самоуправляемая система. Законы и предписания только усанавливают “рамки”, которые заполняются больничными кассами и объединениями врачей больничных касс. В частности, при нежелательных финансово-политических тенденциях, федеральные законы вмешиваются в самоуправление посредством налогов и условий, а также реформы здравоохранения и законов об уменьшении расходов.

Процентная доля расходов на амбулаторное медицинское обслуживание в общих расходах на обязательное страхование здоровья, начиная с 1904 года, показывает, что не происходили никакие ощутимые изменения. Проблемы финансирования обязательного страхования здоровья обоснованы со стороны расходов не непосредственными расходами на эту услугу, но их причин следует искать в расходах, обусловленных деятельностью врачей (например, лекарства), и, в частности, в высоких издержках стационарного обслуживания в больницах и в (дорогостоящем) прогрессе медицинской техники. Со стороны доходов

беспокойство вызывает снижение экономического роста, и соответственно, более низкие доходы со взносов.

Рисунок 2: Затраты обязательного страхования на медицинские услуги

% Затрат



2. СТАЦИОНАРНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

В области стационарного обслуживания применимы изложенные для области амбулаторного обслуживания положения относительно качества и количества обслуживания, а также относительно федеральных и земельных законов. Для больничного обслуживания особенно большое значение имеет закон о финансировании больниц (федеральный закон). За исключением этого закона почти все положения регулируются отдельными земельными законами и предписаниями (например, план больничного обеспечения на основе планирования потребности в медицинских услугах).

Органы самоуправления со стороны производителей услуг отсутствуют. Существуют лишь рекомендации и директивы (например, "рабочие" рекомендации головных союзов больничных касс и федеральных объединений больниц).

Отношения между участниками, нерегулируемые законами и постановлениями, а также рекомендациями на федеральном уровне, - это от-

2.1 Участие в обеспечении

Условием для участия в обеспечении является включение отдельной больницы (или только ее отделений) в земельный план больничного обеспечения. Это включение не зависит от статуса больницы (государственная, муниципальная, при церкви, общественная или частная). Включение в план больничного обеспечения является условием того, чтобы федеральная земля покрывала инвестиционные расходы этой больницы. Это происходит в рамках бюджетного планирования федеральной земли.

Для университетских клиник и больниц, включённых в земельный план потребности в больничных услугах, в основном применяется - без отдельного договорного соглашения - договор об обеспечении с больничными кассами. При планировании больничные кассы имеют право голоса, однако, практические возможности их влияния сильно ограничены.

В отношении всех других больниц больничные кассы самостоятельно принимают решения о заключении договоров об обеспечении. На практике договора заключаются преимущественно со специализированными больницами (например, предупреждение заболеваний, ранняя диагностика и реабилитация). Число этих договоров в сравнении с числом включённых в план больниц очень невелико.

Между больничными кассами и больницами регулярно (как правило, ежегодно) обсуждаются договора об оплатах. С позиции больничных касс эти переговоры неэффективны, так как существует юридическая обязанность заключения договоров. Больничные кассы не могут, например, отказаться заключить договор об обеспечении, если не было достигнуто соглашение в переговорах об оплате (исключение: больница не внесена в план обеспечения и с ней уже заключён отдельный договор об обеспечении). Практика показывает, что решение арбитражной комиссии и суда обычно выносится в пользу больницы.

Больничные кассы жалуются на незначительные возможности влияния в этой в финансовом отношении самой крупной области расходов обязательного страхования здоровья. Единая система финансирования, при которой и инвестиционные расходы (целиком или частично) перенимаются больничными кассами, дала бы больничным кассам право решения при планировании (целиком или частично) и таким образом повысила бы их влияние.

2.2 Договоры об оплате

Преобладающая часть расходов больниц финансируется по принципу покрытия себестоимости (принцип учёта полной стоимости): предполагаемые годовые расходы больницы ставятся в отношении к дням обслуживания, из чего получается упрощённо выраженная ежедневная оплата, которую больничные кассы выплачивают отдельно за каждого пациента. Проводя сложные вычисления с учетом сравнений предполагаемого и фактического положения дел, учитывая структурные изменения в больнице, в переговорах об оплате устанавливается бюджет больницы, а это ведёт к доплатам со стороны больничной кассы или к возвращению ей лишних сумм оплат.

Как мы выяснили во время первого семинара, этот процесс не даёт стимула к экономичным действиям больницы. Обеспечение почти всех расходов приводит к повышению количества и интенсивности обслуживания, что в свою очередь вызывает "взрыв расходов" в области больничных услуг. Но повышение количества и интенсивности обслуживания необязательно приводит к повышению качества, так как часть оказываемых услуг на деле не нужна.

Попытки установить твёрдый бюджет также не давали стимула к достижению рентабельности, кроме того, не было и стимулов к повышению качества. В течение нескольких лет в договорах об оплате принимаются поддержанные законами и предписаниями система паушальной суммы в зависимости от случаев обращения и оплата за отдельную медицинскую услугу. Но эти методы содержат опасность количественного расширения обслуживания и не вносят стимула к повышению качества; необходимы меры, способствующие обеспечению качества.

При паушальной сумме в зависимости от количества обращений (например, родовспоможение, удаление аппендикса) наблюдается тенденция уменьшения продолжительности пребывания в больнице, так как оплата не зависит от количества дней обслуживания. Сокращение приносит пользу больнице. До тех пор пока это сокращение идёт не во вред пациенту, сокращение продолжительности пребывания в больнице является желательной целью, так как при этом сокращении впоследствии уменьшается потребность в койках, и можно избежать излишних расходов (см. земельный план потребности в больничных услугах).

Особые выплаты (например, при операциях на сердце, создании искусственных суставов) являются как бы оплатой за отдельную услугу в этом отдельном случае обращения. Если больница может выполнить это обслуживание за установленную оплату так, что остаётся избыток, она попытается увеличить количество таких услуг. На практике уже наблюдается увеличение количества случаев, когда трудно проследить, как больница повышает спрос на такие услуги. С одной стороны, эта система оплаты принуждает к эффективному оказанию услуг, но с другой стороны, из-за расширения количества услуг это положительное действие вновь сводится на нет.

В комбинации с особыми выплатами за отдельную услугу в договоре оговариваются базисные тарифные ставки оплаты за уход и тарифные ставки отделения (паушальные суммы за один день пребывания, как при принципе покрытия себестоимости). Эти точно установленные расходы предусмотрены для тех услуг, которые необходимы в дополнение к особым услугам (например, операция на сердце), оплаченных в форме особых выплат (например, помещение в больницу, уход за больным и продовольственное снабжение, а также функциональные и лабораторные расходы). От общих дневных расходов для больницы индивидуальные дневные расходы отличаются тем, что учитывают потребности и издержки в особых случаях обслуживания соответствующего отдела.

Эти новые формы оплаты ведут (в разной форме и интенсивности в отдельных больницах) к сильной производственно-экономической ориентации внутренней структуры больницы и её расходов. При этом подсчет и контроль расходов являются чаще всего применяемыми методами повышения эффективности.

2.3 Обобщение

Законы и предписания и здесь определяют только рамки, которые заполняются больничными кассами и больницами. Но, кроме этого, федеральная земля, составляя план больничного обеспечения, определяет количество и качество стационарного больничного обслуживания. Инвестиционные затраты (земли) являются менее значительными, чем затраты на эксплуатационные издержки (больничные кассы). Все же возможности влияния больничных касс в больничной сфере значительно меньше, чем в амбулаторном медицинском обслуживании.

Больничные кассы осуществляют оплату на договорной основе, причем они юридически принуждаются к заключению договоров, и их решения могут быть оспорены арбитражном суде.

Хотя новая форма подсчёта паушальных сумм за количество обращений на группу врачей посредством экономических стимулов сократила продолжение пребывания в больнице, новые особые выплаты уже привели к увеличению количества услуг (случаев лечения). Высококачественная структура предложения сказывается на спросе (кроме всего прочего, за счет направлений данных врачами). Происходит и направление на лечение в больнице (указание на необходимость стационарного больничного обслуживания) самим врачом больницы. В случае таких направлений отсутствует предварительное обследование, выполненное независимым амбулаторным врачом. Этим могут злоупотреблять больницы, чтобы увеличить количество пациентов и количество пролеченных случаев или повысить подсчитываемые особые выплаты.

За исключением общих формулировок законами и предписаниями не установлены критерии качества. В количественном и качественном отношении хорошая структура снабжения создаёт давление конкуренции (борьба за пациента и вместе с тем за количество занятых коек), чтобы внесение в план больничного обеспечения было обеспечено надолго. Благодаря этому косвенному давлению, которое в производственно - экономическом отношении поддерживается подсчётом паушальных сумм в зависимости от количества обращений и особыми выплатами, больницы для собственного блага заинтересованы в высококачественном и эффективном оказании услуг. Для повышения качества в некоторых больницах применяются меры сертификации, а политики обсуждают с больничными кассами обязательные критерии сертификации.

3. ДРУГИЕ ОБЛАСТИ, НАПРИМЕР:

- Крупная аппаратура (оговорённая в плане больничного обеспечения).
- Взаимопереплетенность амбулаторного и стационарного лечения (возможно, установлено законом, но ещё недостаточно используется на практике)
- Предупреждение заболеваний и реабилитация (компетентны различные инстанции, несущие бремя расходов, напри-

мер, больничные кассы, учреждения пенсионного страхования, федеральное ведомство труда, профсоюзы и государственная профилактика здоровья).

- Лекарственные, лечебные и вспомогательные средства (установлены наценки на лекарства и твердые цены на лечебные и вспомогательные средства).
- Зубное протезирование (ещё недавно участие пациента в оплате услуги, теперь твёрдые цены).

РЕОРГАНИЗАЦИЯ 10 КРУПНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦ С БЮДЖЕТНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ В ПРЕДПРИЯТИЯ СФЕРЫ УСЛУГ С ПРОИЗВОДСТВЕННО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ УПРАВЛЕНИЕМ - ПЛАН И ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ -

Фред Еггелинг

1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Рост расходов на больничные услуги во всех странах независимо от структуры и финансирования здравоохранения показал, что больницы, в том числе и государственные, не должны быть больше управляемы как учреждения, но как предприятия, экономическим путём. Здесь мы будем говорить о реорганизации десяти крупных психиатрических больниц в Нидерзаксен в предприятия, оказывающие услуги, с соответствующей структурой, с эффективным контроллингом и с концепцией управления, основывающейся на согласовании целей.

2. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Чтобы понять зависимость производственно-экономической постановки цели от экономических и политических условий, рассмотрим сначала в нескольких чертах теоретическую модель чисто рыночно - экономического решения с его последствиями для больниц, населения и экономики страны. Если государство само не предпринимает планирования и не вмешивается в рынок обслуживания, больницы самостоятельно смогут определять предложения услуг и цены. Это приведёт, кроме всего прочего, к тому, что будут предлагаться только те услуги, которые, по меньшей мере, покрывают расходы. Услуги, приносящие высокую прибыль, приведут к стратегии повышения потребностей, т.е. к ненужному с медицинской точки зрения расширению услуг. В Германии, например, предложение услуг санитарного персонала было

недостаточным, пока финансирование не было регулируемо законом, а, например, предложение крупного оборудования было слишком большим.

В результате чистая модель рынка ведет, с одной стороны, к дефицитам предложения и, с другой стороны, к исключению нуждающихся в медицинских услугах людей с незначительной покупательной способностью. С точки зрения макроэкономики следует ожидать высоких расходов, переполнения рынка продукцией одного типа и уничтожение капитала из-за разрушительной конкуренции.

Кроме перечисленных причин, этот процесс обусловлен ещё и тем, что на рынке медицинских услуг спрос определяется не самими клиентами, а производителями услуг, т.е. врачами.

В реальности во всех государствах существует государственное планирование, которое приводит к конфликтам с производственно-экономическими целями больниц. Государство стремится обеспечить всех граждан необходимыми медицинскими услугами и сделать это с возможно меньшими расходами. Больницы должны обеспечить своё долгосрочное существование, участвуя в обеспечении граждан, и, по меньшей мере, покрыть свои расходы. Чтобы достичь своих целей, государство пытается уменьшить время пребывания в больнице и количество коек. Больницы из производственно-экономических соображений вынуждены содержать персонал. Поэтому сокращение времени пребывания в больнице по возможности компенсируется более высокими расценками или новыми услугами. Этот основной конфликт экономических целей государства и предприятия должен быть решён в пользу обеих сторон в условиях регулируемого здравоохранения. К примеру, приведём несколько конкретных государственных “рамочных” планов – типов планирования и основных положений в сфере больничного обслуживания в Германии:

- План необходимых больничных мощностей.
- План на крупное оборудование.
- Принцип покрытия издержек.
- Принцип рентабельности.
- Двустороннее финансирование.

(Отдельные типы планирования и принципы были кратко обсуждены в устном докладе.)

3. ЦЕЛИ РЕФОРМЫ

Изложение опыта реорганизации десяти крупных больниц в экономически управляемые предприятия обслуживания первоначально имело важные цели, которые нужно было реализовать. Как образец был представлен переход больниц от своего рода «камер хранения» к современным «больницам острых заболеваний». Кроме изменения объективных условий – структуры, снабжения персоналом, ориентированной на пациента концепции обслуживания – должно было быть изменено и представление о больницах в сознании населения. Стратегической целью было обеспечить длительное существование больницы, принимая участие в обеспечении населения необходимыми услугами, а также этим обусловленное приспособление плана обеспечения к планированию земли (Нидерзаксен), включение в план необходимых больничных мощностей и стимуляция инвестиций.

Тактическими целями больниц земли были:

- Исполнение бюджета
- Экономическая разработка услуг
- Сокращение продолжительности пребывания в больнице
- Сокращение количества коек
- Перевод пациентов, нуждающихся в уходе,
- Снижение расходов
- Увеличение числа санитарного персонала

Отдельные цели дополнительно согласовывались с расходными статьями бюджета. Примеры для этого будут разъясняться в связи с планом контроллинга.

4. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ РУКОВОДСТВО

Целенаправленное руководство может осуществляться по дирижерской или по кооперативной модели. Дирижерская модель характеризуется тем, что её необходимым условием является централизованное планирование. Так как сотрудники в планировании не участвуют, их мотивация отсутствует. Как правило, работники не заинтересованы сокращать расходы и не несут ответственности за чрезмерные расходы. Они, скорее, найдут узкопрофессиональные и недоступные

проверке объяснения для роста расходов и будут критиковать предписания экономить как нереальные.

Кооперативная модель предусматривает совместное с задействованными сотрудниками планирование и согласование целей. Передавая права решения и ответственность подчинённым, ответственным сотрудникам создается пространство для достижения поставленных целей. В результате получаем высокую мотивацию ответственных сотрудников. Обратная связь обеспечивает регулярный контроль процесса достижения цели.

И в сфере здравоохранения цели должны формулироваться конкретно, понятно и доступно. „Лучшее обслуживание“, „довольные пациенты“ или „довольные сотрудники“ не являются приемлемыми тактическими понятиями.

Согласованные цели в сфере больничного обслуживания могут быть, например:

- Сокращение продолжительности пребывания в психиатрии в следующем году на 2 дня;
- Ликвидация 15 коек в детской и юношеской психиатрии до середины текущего года;
- В текущем году снижение расходов на медицинские средства в неврологическом отделении на X немецких марок в расчете на каждый случай.

5. РЕОРГАНИЗАЦИЯ БОЛЬНИЦ ЗЕМЛИ

Для обозначения проблем реорганизации упомянуты масштабы проекта:

Больницы	10
Койки	4.700
Пролеченные случаи	20.000
Дни обслуживания	1,8 млн.
Персонал (постоянных работников)	4.000
Оборот (без инвестиций)	300 млн. немецких марок

Ситуация перед реорганизацией и после неё характеризуется четырьмя аспектами:

- Организационные изменения.
- Кадровые изменения.
- Изменения в бухгалтерии.
- Изменения в планировании бюджета.

5.1 Организационные изменения

Перед реорганизацией участие министерства в управлении больницами и принятие им решений, влияющих на размер расходов, было абсолютно нормальным. Ответственная служба (ведомство по социальной защите) между министерством и больницами часто не было даже информировано. Цели зачастую были сформулированы расплывчато, иногда противоречивы и очень часто неясны, поэтому тактические цели не согласовывались и ясно не формулировались даже в рамках дирижерской модели.

Больницы годами несли большие убытки (хотя компенсация убытков и требовалась от больничных касс), которые составляли постоянную часть бюджета земли и представлялись неотъемлемой частью существования больниц.

После реорганизации больницам была передана компетенция в планировании бюджета и распоряжения им. При этом они должны были покрывать расходы и осуществлять экономическое управление. В этом им содействовала выше поставленная служба (ведомство по социальной защите) и специалисты. Благодаря регулярным сообщениям, было обеспечено заблаговременное установление отклонений от цели, таким образом, могли быть приняты соответствующие меры. Определение ясных целей и передача компетенции решения и ответственности, а также в случае необходимости профессиональная помощь специалистов или экспертов вышестоящей службы привели к тому, что больницы годами не несли убытки. В дальнейшем прекратилась выплата дотаций земли, и в связи с законными изменениями отпало требование к больничным кассам покрывать убытки, и больницы должны были самостоятельно отвечать за убытки.

5.2 Кадровые изменения

Большой проблемой при реорганизации было то, что почти ни один из руководящих сотрудников не был знаком с коммерческим бухгалтерским учетом и производственно-экономическими методами управления. Заведующий лечебной частью и начальник санитарной службы, как правило, несведущи в вопросах бухгалтерского учёта и управления предприятием. Административный директор как третье лицо в больничном руководстве и как чиновник обычно знаком с бухгалтерским учётом. Поэтому необходимо было создать в руководстве больницы новую должность контролёра и назначить на неё нового квалифицированного сотрудника с коммерческим образованием. При содействии внешних экспертов вырабатывались планы совершенствования методов и техники руководства, разработанные специально для больниц. Контролёр и главные бухгалтера во время тщательно разработанного обучения ознакомились с контроллингом в больнице. Но и члены руководства больницы, учитывая специфический характер их заданий в больнице, были ознакомлены с проблемами и способом их решения. Обучение проводилось также для сотрудников таких сфер как кухня, техническая служба и т.д., и для представителей медицинского персонала. Так постепенно, при содействии внешних экспертов создавая план контроллинга и применяя его, повышалась компетенция сотрудников больницы. При этом семинары продолжительностью в несколько дней оказались хорошей возможностью для мотивации служащих больницы.

5.3 Изменения в бухгалтерском учёте

Для бухгалтерского учёта немецких государственных больниц, поскольку больницы не имеют юридического статуса общества с ограниченной ответственностью или учреждения, характерно совмещение государственного бюджетного права и определённого для больниц законом коммерческого бухгалтерского учёта. Это существенно затрудняет задачу управления больницей, особенно если вышестоящие инстанции, не имея специфических знаний о больнице, односторонне и прямолинейно применяют бюджетные предписания по отношению к больнице.

Примером абсурдных ситуаций, которые могут возникнуть из-за такой юридической неясности, послужит напрасная попытка одной

больницы принять на работу дополнительных работников, хотя пополнение персонала на основании нового законодательного акта было возможным и на то уже согласились больничные кассы. Министерство, хотя и настойчиво требовало соответствующего закона, тем не менее избегало включать в бюджетный план необходимые для принятия дополнительного персонала статьи, так как это привело бы к более высоким расходам на лечение, которые опять же должны были быть частично покрыты землёй, так как она обязана платить за обслуживание определенных групп пациентов. Из немецкого опыта нужно своевременно извлечь вывод, что таких конфликтов следует по возможности избегать, соответственно распределяя компетенции, изменяя юридический статус, или другими способами.

5.4 Изменения в планировании бюджета

Планирование бюджета до реорганизации происходило, как правило, следующим образом. К плановым показателям предыдущего года прибавлялись надбавки роста цен и тарифных изменений. Кроме этого учитывались предполагаемые изменения в предложении услуг. Возможные отклонения не анализировались, количественные планы не составлялись и дифференцированные расчёты с проверками соответствия обычно не проводились, изучение потребности в кадрах ограничивались простыми математическими операциями с данными, если таковые вообще были известны.

Планирование бюджета происходило в больницах, переговоры с больничными кассами вел сотрудник вышестоящей инстанции, который заключал соглашения, в том числе и против воли участвующих больниц. Ответственность за исполнение бюджета, тем не менее, несли исключительно больницы. Правда, имеющие место убытки – как было показано прежде - ни для кого не имели никаких последствий.

После реорганизации компетентности были соединены компетенция решения и ответственность. Исходя из задания больницы на обслуживание и на основе показателей производственных мощностей (например, коек), а также запланированных услуг (например, дни обслуживания), устанавливались количественные планы и в конце высчитывались издержки, связанные с персоналом и материалами. При этом проводились и анализы отклонений от плана в прошлом году и сравнительный анализ между больницами. Установленный бюджет обсуж-

дался с больничными кассами. При этом подробные вычисления больницы очень помогали при определении дополнительных расходов. Руководство больницы согласовывало бюджет с носителями бремени расходов и исполняло его в больнице. Вышестоящая инстанция (ведомство по социальной защите) принимало участие в переговорах только по желанию больницы и вело в начальном периоде - также с согласием больницы - сложные переговоры. Иногда участвовали эксперты «извне», представляя интересы больницы или больничной кассы.

6. КОНТРОЛЛИНГ

6.1 Общий план

Для отображения контроллинга десяти крупных государственных больниц приводим следующее определение:

Контроллинг – это действия руководства при заданных ограничениях расходов, направленные на обеспечение экономического обоснования услуг для достижения согласованных целей при помощи приспособленной, возможно, компьютеризированной информационной системы, выполняющей предупредительную функцию.

Обсуждая отдельные элементы этого определения, следует особенно подчеркнуть предупредительную функцию. Контроллинг должен гарантировать актуальность, краткость, ясность и информативность необходимых сведений. Ни обширные скопления сведений, ни слишком поздно представленные сведения неприемлемы для производственно-экономического процесса управления. Но необходимая краткость не позволяет ожидать от сведений контроллинга одновременно глубокого исследования причин. Контроллинг должен заранее и регулярно указывать на отклонения от плана, чтобы при включении дальнейших подготовленных сведений из бухгалтерского учёта, из управления кадрами и из исполнительной сферы были распознаны причины и приняты соответствующие меры. Контроллинг должен и может своевременно сообщать только о нежелательных тенденциях. Если эта информация гарантирована, то уже многое достигнуто для квалифицированного управления больницей.

6.2 Практическое преобразование

Разработанный для больниц земли контроллинг сначала должен был способствовать реализации двух целей. Во-первых, необходимо было избежать убытков, соблюдая согласованный бюджет. Во-вторых, применяя специальные меры, нужно было устранить нерентабельность в больницах, так как возникла опасность, что она приведёт к сокращениям бюджета, если будет обнаружена во время проверок нанятых больницы кассой независимых контролёров.

Нижеприведённая схема показывает в противопоставлении задачи, источники информации и средства достижения обеих целей.

Рисунок 1: Цели контроллинга

„Контроллинг I“: Исполнение бюджета					
„Контроллинг II“: Экономическая разработка услуг					
Неучтенными остаются такие цели как:					
- сокращение продолжительности пребывания в больнице					
- снижение определенных расходов					
Контроллинг	Задача	Сведения	Единица	Средства	Цели
К I	Краткосрочный итоговый подсчёт	Расходы	Вся больница	Сопоставление плана и факта	Исполнение бюджета
К II	Наблюдение за экономической разработкой услуг	Расходы, Услуги, Персонал (постоянные работники)	Статьи расходов	Показатели, периодичность, сравнительный анализ, аналитические методы	Избегать нерентабельности

Дальнейшие цели, как, например, сокращение продолжительности пребывания в больнице, снижение определённых расходов и т.д., сначала не рассматривались. Показатели, представленные для надзора за экономическим обоснованием услуг, необходимы также и для контроля над достижением отдельных целей в конкретных областях

обслуживания. Как пример, далее представлены различные показатели, пригодные для периодичного сравнительного анализа и задач планирования.

Ниже приведён формуляр, при помощи которого ежемесячно контролируется исполнение бюджета.

Рисунок 2: Краткосрочный итоговый подсчёт

Краткосрочный итоговый подсчёт						
Учреждение: больница X						
Месяц: май год: 19 ..						
Расходы Доходы	Текущий месяц	По факту (в ДМ)		ПЛАН Год (бюджет)	Разница	
		С января по текущий месяц	Предвари- тельный итог года		Абсолют- ная (ДМ)	в %
Расходы						
<u>Персонал</u>						
- Врачи						
- ..						
- ..						
<u>Материалы</u>						
- Медицинские средства						
Потребность						
- ..						
- ..						
Доходы						
- ..						
- ..						
Убытки/ излишки						

Руководство больницы определяет процентную разницу между планом и предварительно подсчитанным итогом года (например, абсолютная разница: 3.000 ДМ, или процентная: 3 %). Документально засвидетельствованные отклонения от плана подвергаются тщательному анализу. Как правило, его проводит контролёр совместно с ответственными лицами из отделов. Руководство больницы обсуждает результаты и принимает необходимые меры. Кроме того, нужно оценить, не

произошло ли отклонение от бюджета. Если руководство больницы понимает, что не сможет выполнить бюджет собственными силами, оно должно информировать вышестоящую инстанцию и вместе с ней искать общие решения. В следующем месяце руководство больницы проверяет, насколько были исполнены принятые решения, и были ли достигнуты намеченные цели. Оно учитывает результат этой проверки, принимая дальнейшие меры. Обсуждения протоколируются.

При надзоре за экономическим обоснованием услуг учитываются не все услуги и издержки больницы. При составлении плана целесообразно сосредоточиться на соответствующих и поддающихся влиянию издержках. И для этой части контроллинга важно, чтобы информация была краткосрочной, содержательной и понятной.

В больницах устанавливалось такое примерное распределение расходов:

Персонал	75 %
Материалы	25 %

Материальные расходы распределяются следующим образом:

Хозяйственная потребность		20 %
Разделяется на:	Уборка (приходящий персонал)	8 %
	Стирка (вне больницы)	6 %
	Прочее	6 %
Продукты питания		20 %
Медицинские средства		20 %
Вода, энергия, горючее		15 %
Ремонт и обслуживание зданий и техники		15 %
Прочее		10 %

Для конкретного плана должны соответственно анализироваться и оцениваться расходы конкретной больницы. При этом необходимо согласование с другими сравнительными методами, чтобы позже можно было провести сравнительный анализ предприятия.

Показатели особенно важны для оценки экономичности. При определении показателей как ориентиров оценки, возможно, будет полезен немецкий опыт. Поэтому ниже представлены некоторые важные пригодные в сфере больничных услуг показатели:

Рисунок 3: Показатели

(1) <u>Первостепенные данные</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Принятый персонал ➤ Расходы на содержание персонала ➤ Материальные расходы ➤ Услуги 	Постоянные работники ДМ (например, продукты питания) ДМ Пролеченные случаи, койки, продолжительность пребывания
(2) <u>Первостепенные показатели</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Производительность труда ➤ Рентабельность ➤ Загрузка мощностей ➤ Продолжительность пребывания ➤ Плотность услуг 	Занятые койки / постоянные работники, пролеченные случаи / постоянные работники Расходы / услуги Степень эксплуатации коек Дни по уходу/ пролеченный случай
(3) <u>Второстепенные показатели</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Специфические для статей расхода второстепенные показатели 	Расходы/ день по уходу; расходы/ пролеченный случай Например, стирка (кг) /день по уходу

Для оценки экономичности для каждого отдела разрабатывались ведомости, которые каждый месяц с фактическими данными представлялись и оценивались ответственными за отдельные статьи расходов. Контролёр больницы, просматривая эти каждый месяц составляемые документы, записывал на них свои замечания и вопросы и обсуждал отклонения с ответственными за статьи расходов.

Как пример, здесь приведены ведомости санитарного отдела и кухни.

Рисунок 4: Ведомости санитарного отдела

ЯНВАРЬ до 19 ..					
Адресат: Статья расходов:		Сравнительные величины за прошедший год		В ДМ	В %
		Все расходы			
		Из них			
		- на содержание персонала			
		... - материальные расходы			
		Из них медикаменты			
		ПЛАН	По факту	Разница абсолютная	В %
1.	Постоянные работники				
1.1	+ расходы				
	<u>Постоянные работники</u>				
	- врачи				
1.2	- санитары				
	<u>Материалы</u>				
	Медицинские средства				
	- Медикаменты, лечебные и вспомогательные средства				
	- Врачебные расходные материалы				
2.	- Лабораторные материалы				
	- Исследования вне больницы				
3.	больницы				
3.1	- мед. транспорт				
	- прочее				
	Всего				
3.2	Услуги				
...	- Дни по уходу				
...	- Занятые койки				
	Показатели				
	<u>Занятые койки/</u> <u>постоянные работники</u>				
	- врачи				
	- санитары				
	<u>Медицинские средства/</u> день по уходу				

Рисунок 5: Ведомость кухни

ЯНВАРЬ до 19 ..					
Адресат: Статья расходов:		Сравнительные величины за в ДМ в % прошедший год			
		Все расходы			
		Из них - На содержание персонала			
		- Материалы			
		... Из них			
		продукты питания			
		ПЛАН	ПО ФАКТУ	Разница	
				абсолютная	в %
1.	Постоянные работники + расходы				
1.1	Постоянные работники				
	- врачи				
	- санитары				
1.2	Материалы				
	- продукты питания				
	- ..				
2.	Всего				
	Услуги				
	- дни питания				
	- количество питавшихся пациентов в день				
3.	- ..				
3.1	Показатели				
3.2	Число питавшихся в день/ постоянные работники ----- <u>Расходы на продукты питания/ день питания</u>				

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Во время последующего обсуждения обсуждалось, сколь приемлем, и как постепенно может реализоваться план контроллинга. Это обсуждение развивалось в рабочей группе и завершилось предварительным планом действий для каждой из трех стран.

РЕФОРМА ЛИТОВСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пауль Биндокас

*Начальник отдела Иностранных дел и интеграции с Европейским
Союзом Министерства здравоохранения*

ЦЕЛИ БУДУЩЕГО РАЗВИТИЯ

Главная цель реформы здравоохранения в Литве не только реструктурировать устаревшую систему, но, главным образом, улучшить здоровье людей Литвы. Реформа здравоохранения важна для населения и его участие в процессе реформы очень приветствуется.

Реформа ориентирована на создание экономически жизнеспособной системы здравоохранения, предоставляющей услуги высокого качества для пациентов в соответствии с образцами лучшей практики стран Европейского союза. В центре процесса реформы - развитие и расширение сети учреждений первичного звена здравоохранения.

ЦЕЛИ БУДУЩЕГО РАЗВИТИЯ

I. Движение системы здравоохранения от «реактивной» до действительно профилактической.

Литовская система здравоохранения была ориентирована на лечение болезни, а не ее профилактику. Даже финансирование системы в прошлом основывалось на нормативах занятости больничных коек, что поощряло увеличение случаев и продолжительности стационарного лечения. В будущем здравоохранение должно ориентироваться на защиту здоровья и профилактику болезни на всех уровнях системы. Население более активно привлекается к участию в разработке стратегии охраны здоровья, как на местном, так и на национальном уровнях. Важную роль должны играть неправительственные организации, Национальный совет по вопросам здравоохранения, средства массовой информации и потребители услуг здравоохранения.

II. Обеспечение реструктуризации системы здравоохранения и рационализации предоставляемых услуг.

Реструктуризация необходима в нескольких планах. В прошлом литовская система здравоохранения в значительной степени основывалась на предоставлении специализированных услуг во вторичном и третичном звеньях здравоохранения, что обуславливало ее облик как дорогостоящей системы с излишне «утяжеленным» верхом.

По ходу реформы сегодняшняя система здравоохранения разделена на три уровня: первичное здравоохранение, больницы широкого профиля и третичный уровень, на котором университетские медицинские центры внедряют новейшие медицинские технологии.

Суть реструктуризации может быть очерчена следующим образом:

1. Первичный сектор здравоохранения: создание новых кабинетов врачей общей практики, в которых обслуживалось бы до 80 % населения. При этом семейные врачи регулировали бы доступ к специализированной медицинской помощи.
2. Реорганизация больниц с целью централизации передовых медицинских услуг на третичном университетском уровне, специализированных услуг в региональных больницах и обеспечения общих медицинских услуг (терапия, хирургия, акушерия-гинекология и педиатрия) в местных больницах. Часть сегодняшних больниц будет реорганизована в стационары долговременного ухода, таким образом предоставляя необходимые услуги жителям и обуславливая сокращение излишних больничных коек.
3. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения явит собой механизм распределения услуг в зависимости от их уровня и упорядочит движение пациентов с одного уровня на другой.
4. Реструктуризация финансовых механизмов, чтобы обеспечить финансирование первичных услуг здравоохранения в зависимости от численности зарегистрированных учреждениями жителей, и финансирование вторичных и третичных медицинских услуг в соответствии с их профилем.

Финансирование должно осуществляться через установленную законом систему страхования на случай болезни.

5. Улучшение ухода в больницах и на дому.
6. Увеличение количества услуг активной реабилитации.

III. Улучшение качества услуг здравоохранения.

Усовершенствование качества услуг здравоохранения - важная цель, которая будет достигнута усилиями команды Государственной службы медицинского аудита, Государственной службы аккредитации услуг здравоохранения и «внутренних» систем, гарантирующих качество услуг в учреждениях здравоохранения. Инфраструктура контроля качества должна быть создана, и стандарты медицинской практики должны быть пересмотрены в соответствии с образцами лучшей практики Европейского союза.

БЛИЖАЙШИЕ ПЛАНЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БЛИЖАЙШИЕ ПЛАНЫ (до 2005 года)

Развитие законодательного основания для здравоохранения

Развитие средств юридического регулирования здравоохранения в соответствии с литовским Законом о системе здравоохранения.

За последние три года парламент принял 17 законов, управляющих различными областями системы здравоохранения. Очевидно, практическое внедрение множества законов за столь короткое время – колоссальная задача, посему вполне понятно порой случающееся замешательство в рядах профессионалов-медиков. Например, в июне 1997 года был пересмотрен закон об учреждениях здравоохранения по вопросам отделения первичных учреждений здравоохранения от вторичных. Требовалась реорганизовать муниципальных учреждений здравоохранения с помощью местных органов власти. В настоящее время вносятся изменения в законы о системе здравоохранения, об учреждениях здравоохранения и закона о страховании на случай бо-

лезни, чтобы точнее адресовать проблемы и улучшить качество управления.

Приоритизация процесса реформ побудила Министерство здравоохранения внести изменения в планы развития законодательной базы. Например, вместо отдельных законов в области обеспечения общественного здоровья по аспектам управления, мониторинга, экспертизы и надзора за гигиеническим состоянием, будет создан один базовый закон. Кроме того, было признано нецелесообразным создание ряда предложенных законов, интегрируя их объект в систему иных инструментов юридического регулирования.

Дальнейшие усилия Министерства здравоохранения будут, прежде всего, сосредоточены на завершение и реализации запланированных законодательных актов и реформе системы обеспечения общественного здоровья.

Децентрализация управления учреждениями здравоохранения

Эта задача выполняется, начиная с 1991 года, когда 2/3 учреждений здравоохранения были переданы из собственности Министерства здравоохранения в муниципальную собственность. В 1998 году 63 учреждения, принадлежавшие Министерству здравоохранения, были переданы районным властям. Министерство здравоохранения сохранило собственность только на 13 из 1990 учреждений здравоохранения. После реорганизации этих 13 учреждений права собственности будут принадлежать Министерству здравоохранения, Вильнюсскому университету или Каунасскому медицинскому университету, и эти учреждения обеспечат предоставление новейших медицинских технологий.

Учреждения общественного здоровья также подлежат реорганизации, отделяя функции гигиенического надзора от функций обеспечения общественного здоровья. Таким образом, система видоизменяется от гигиенической службы к современной службе общественного здоровья западного образца, включая охрану, содействие улучшению и контроль здоровья общества, просвещение общества по вопросам здравоохранения и планирование услуг здравоохранения. Услуги первичного звена медицинского обслуживания в максимально возможной степени будут объединены с деятельностью по обеспечению общественного здоровья.

Рационализация услуг и использования ресурсов, обеспечивающих предоставление экономических и высококачественных услуг

1. Согласно статистическим данным в 1997 году в расчете на 10.000 жителей имелось 98,4 больничных коек, в среднем занятых 280 дней в году. 20 % коек не используется. Министерство здравоохранения планирует за счет увеличения услуг первичного здравоохранения сократить количество больничных коек до уровня 80 коек в расчете на 10000 жителей в течение двух следующих лет. Рекомендуемая минимальная норма занятости для коек интенсивной помощи - 320 дней в году. Количественное сокращение коек будет идти за счет сокращения числа больниц. В настоящее время, Министерство здравоохранения предлагает, чтобы муниципалитеты реорганизовали 22 учреждения по долговременному стационарному уходу, некоторые учреждения закрыли полностью. С помощью комиссий экспертов, к концу 1998 года должен быть завершен анализ минимальной потребности в клинических койках. Этот анализ позволит районным и местным органам власти лучше планировать медицинское обслуживание в их регионах.

Подготовленные для Вильнюсского, Каунасского, Алитусского и Утенского районов проектные предложения о реструктурировании системы здравоохранения на конкурсной основе были отобраны для финансирования в рамках 20-тиллионного (доллары США) кредита Мирового Банка для осуществления проекта реструктуризации и рационализации медицинского обслуживания. Правительство также планирует ежегодно вкладывать по более чем 100 миллионов литов в различные программы охраны здоровья, реконструкцию зданий и покупку медицинского оборудования.

2. Первичное здравоохранение. Пациенты должны иметь возможность получать медицинские услуги неподалеку от дома и консультироваться с их домашним врачом, который не только лечил бы их недуги, учил здоровому образу жизни, но также и помогал в решении социальных проблем. Специальное лечение и диагностические обследования должны производиться на соответствующих уровнях обслуживания, что может гарантировать современное медицинское обслуживание.

К 2010 году должны быть подготовлены более чем 2.500 врачей общей практики. 320 были обучены до настоящего времени и это число возрастет до 800 за последующие два года. Необходимо, чтобы каждый местный орган власти развил план развития системы здравоохранения, включая обучение профессионалов, снабжение лечебных учреждений оборудованием и финансирование деятельности в перспективе до 2010 года. К сожалению, немногие местные органы власти подготовили такие планы. Специалисты Министерства здравоохранения планируют оказать помощь муниципалитетам в развитии стратегии по созданию систем первичного здравоохранения в регионах.

Чтобы подчеркнуть важность сектора первичного здравоохранения, Министерство здравоохранения доказало важность проекта ссуды в 24 миллиона литов для местных органов власти, чтобы организовать первичные услуги здравоохранения. В январе 1999 года стартует программа Европейского экономического сообщества в объеме 2,55 миллиона евро, которая предоставит помощь первичному здравоохранению, включая оборудование для 100 кабинетов врачей общей практики, и сектору страхования. Большая часть 20-тимиллионной ссуды Мирового Банка (доллары США), договор о предоставлении которой должен быть подписан в мае 1999 года, будет потрачена на усовершенствование первичных услуг здравоохранения. Дополнительно, Министерство на 30 % увеличило финансирование этого сектора через систему обязательного страхования здоровья, и запланирована частичная приватизация кабинетов врача общей практики.

Реформа финансирования здравоохранения

Начиная с середины 1997 года, все медицинские учреждения финансируются через систему обязательного страхования здоровья. Для управления этой системой был создан Государственный фонд страхования здоровья. Система функционирует, однако большой проблемой остается сбор страховых взносов в числе других налогов, особенно от индивидуально занятых и безработных людей. Это грозит как стабильности фонда, так и гарантиям в обслуживании вышеупомянутых социальных групп. Планируется передать функцию сбора соответствующих налогов Фонду социального страхования (SODRA – это пенсионный фонд), который имеет больше возможностей для адекватного сбора налогов.

Финансирование основано на следующих принципах:

- Финансирование первичного здравоохранения основано на числе в течение года зарегистрированных врачом пациентов. Это финансирование, основанное на оплате за зарегистрированного жителя, корректируется в зависимости от возраста зарегистрированных (например, ребенок или пожилой человек и т.п.). Дополнительное финансирование выделяется поставщикам услуг первичного здравоохранения в сельских районах, так как исторически инфраструктура обслуживания там была развита недостаточно. Первичные услуги здравоохранения, как ожидается, будут улучшены путем создания стимулов для врачей общей практики в предоставлении более широкого объема услуг. Таким образом, нагрузка на вторичном и третичном уровнях будет уменьшена с сопутствующим положительным экономическим эффектом.
- Зубоврачебные услуги первичного здравоохранения финансируются из расчета ежегодной оплаты 20 литов на душу населения. Конечно, невозможно гарантировать адекватное обслуживание при данном объеме финансирования. Специальная рабочая группа в настоящее время рассматривает финансирование зубоврачебных услуг с целью развития точных оценок затрат и определения, каким социальным группам следует полностью компенсировать стоимость зубоврачебных услуг. Люди, не принадлежащие к обозначенным социальным группам, сами будут оплачивать часть затрат на предоставление зубоврачебных услуг.
- Для сокращения отрицательных экономических последствий длительного периода нетрудоспособности после болезни или травмы, Министерство здравоохранения планирует внедрить финансовые стимулы для развития активной реабилитации.
- Финансирование больниц на вторичном и третичном уровнях основано на совокупных затратах лечения 50 групп болезней, при которых рекомендуется стационарное ле-

чение. Чтобы это финансирование более точно отражало фактические издержки, список должен охватить 100 групп заболеваний. Кроме того, формируются новые критерии для установления лечебных услуг третичного уровня. Министерство здравоохранения планирует определять услуги третичного уровня не по тому, в каком учреждении они предоставляются, а соответственно их собственному содержанию.

- С изменением финансирования и переходу к платежам за предоставленные услуги, среди некоторых поставщиков наблюдается тенденция к неоправданному увеличению объема услуг. Этому неоправданному росту производства услуг предполагается противопоставить механизм коррекции объема финансирования используя территориальные коэффициенты, когда Государственная и Территориальные больничные кассы будут покупать установленное количество услуг.
- Финансирование из бюджета и Государственного фонда обязательного страхования здоровья направлено на создание гарантий “бесплатного здравоохранения” всем жителям. Однако имеющееся количество денег недостаточно, чтобы гарантировать бесплатное предоставление любых услуг. Поэтому правительство решило, что некоторые процедуры (зубное протезирование - с исключением для некоторых социальных групп, пластическая хирургия, косметология и т.д.) должны оплачиваться пациентами. В настоящее время Министерство здравоохранения создало список оплачиваемых медицинских процедур и порядок предоставления платных услуг. Затраты на эти процедуры будут оплачиваться или пациентами или из средств добровольного, коммерческого страхования на случай болезни. Много внимания уделяется развитию инфраструктуры добровольного коммерческого страхования на случай болезни.

Управление персоналом и повышение квалификации

Важная часть процесса реформы – непрерывное обучение и переквалификация врачей, медицинских сестер, работников сопутствующих медицинских профессий и администраторов.

Переквалификация врачей во врача общей практики стала важной в течение последних лет. Первые семейные врачи были обучены за границей из-за недостатка преподавателей в Литве. В результате этого начального обучения, Литва теперь имеет достаточное число преподавателей, способных вести курсы обучения на местах. Существуют определенные проблемы, связанные с переквалификацией, в поиске путей освобождения врачей от их рабочей нагрузки для посещения курсов, и в отношении финансирования программы переквалификации. В настоящее время правительство оплачивает затраты на проведение курсов, но покрытие расходов на проживание остается заботой местных органов власти и участников курсов.

С одобрением Закона о медицинской практике Министерство здравоохранения начало процесс лицензирования всех медицинских профессионалов. К концу 1999 года более чем 17.000 врачей должны быть лицензированы и осуществляя эту монументальную задачу будет создан полный регистр работников здравоохранения.

Управление в области фармацевтических услуг

Несмотря на то, что медикаменты для стационарного лечения в больницах должны быть обеспечены самим учреждением, пациенты все еще вынуждены приносить купленные лекарства, шприцы, и т.д. Затраты на многие лекарства для амбулаторного лечения компенсируются, и любые изменения списка компенсируемых лекарственных средств обычно встречаются общественным протестом.

Расходы на лекарства быстро растут - в течение первой половины 1998 года Государственный фонд обязательного страхования здоровья, компенсируя расходы на покупку лекарств, превысил ассигнованные фонды более чем на 50 миллионов литов. В связи с этой проблемой применяются следующие действия:

Регистрация лекарственных средств

В настоящее время 5.412 лекарств зарегистрированы в Государственном агентстве по контролю лекарственных средств (включая различные формы и дозировки). Из этих зарегистрированных лекарств только 419 производятся в Литве и составляют в финансовом выражении 4 % рынка, и 15 % рынка в материальном выражении. Чтобы бороться с увеличивающимися затратами, Литва должна находить и регистрировать высокого качества недорогие лекарства, обращая особое внимание на развитие литовской фармацевтической промышленности.

Чтобы стимулировать местных изготовителей в увеличении производства, рассматривается возможность применения специальных налогов на импорт, и Министерство здравоохранения сотрудничает с Министерством хозяйства по развитию местной фармацевтической промышленности.

Недавно Министерство здравоохранения приняло руководящие принципы хорошей клинической практики для клинического испытания фармацевтических изделий, и к концу этого года будет создан план внедрения руководящих принципов хорошей производственной практики.

Контроль стоимости фармацевтических продуктов

Сегодняшний список компенсируемых лекарственных средств частично основан на фирменных названиях лекарственных средств, что позволяет некоторым фармацевтическим изготовителям доминировать на рынке, несмотря на высокие цены поставляемых лекарств. Этот список будет скоро пересмотрен и будет основан на родовом названии лекарств, что позволит снизить затраты, применяя родовые эквиваленты.

Содержание и размеры списка официально подлежащих компенсации лекарственных средств будут постоянно пересматриваться, чтобы отразить изменения в технологиях лечения, предлагая наиболее эффективное лечение по самой низкой стоимости.

Поставка лекарственных средств в сельские районы

Отдельная проблема - обеспечение адекватных запасов лекарственных средств в сельских районах. Люди, живущие в больших городах, имеют большой выбор аптек и обычно могут найти работающую аптеку в пределах 1 километра от их места проживания. В сельских районах лишь продаваемые без рецепта лекарства предлагаются фельдшером в амбулаторных центрах обслуживания, и больным приходится преодолевать немалые расстояния, чтобы добраться до аптеки.

Чтобы решить эту проблему, в будущем первичные центры здравоохранения в сельских районах будут централизованно снабжаться лекарствами, предоставляя больным более широкий ассортимент лекарств неподалеку от их домов. К концу этого года Министерство здравоохранения должно подготовить стратегию в области обеспечения лекарственными средствами, которая будет нацелена на решение многих проблем, включая и вышеупомянутые вопросы.

Реформа сектора обеспечения общественного здоровья

Реформе в области обеспечения общественного здоровья в Министерстве здравоохранения присвоен высокий приоритет. До настоящего времени много внимания было уделено лечебным аспектам здравоохранения. Теперь обеспечение общественного здоровья – приоритет, и реформа, как предполагается, приведет к развитию современного обслуживания западного образца. Реформа будет проходить на трех фронтах: развитие национальной стратегии обеспечения общественного здоровья, содействуя улучшению здоровья и информированности широкой общественности в вопросах охраны здоровья, и улучшая охрану здоровья нации.

Многое было сделано в развитии национальной стратегии обеспечения общественного здоровья, однако тесной связи с населением все еще требуется достичь. Поэтому, развиваются различные программы связи с широкой общественностью, направленные на упомянутые цели, чтобы решить такие проблемы, как обучение здоровому образу жизни, объяснение государственных стратегий в реформе системы охраны здоровья, содействию здоровью, и т.д. Важно, что эти общественные

кампании были ориентированы именно на жителей, а не медицинский персонал.

Тесные и постоянные связи между общественностью и создателями политики здоровья крайне необходимы. Чтобы способствовать развитию в этой сфере граждане, средства массовой информации, представители местных органов власти приглашаются посетить открытые форумы и обсуждения у круглого стола по различным темам. Министерство здравоохранения увеличивает количество информации, предоставляемой широкой публике посредством средств массовой информации, создавая более открытую систему управления.

Чтобы усилить сотрудничество с печатными органами, Министерство здравоохранения регулярно покупает страницы в главных национальных газетах, чтобы сообщить общественности о текущих событиях в здравоохранении, о процессе реформы и программах содействия здоровью. Сотрудничество облегчает поддержанный Министерством “клуб журналистов”, где идет свободный обмен информацией и идеями.

В реформе обеспечения общественного здоровья, много внимания уделяется образованию и непрерывному обучению специалистов, способствуя отходу от превалирующей ориентации лишь на гигиенические аспекты охраны здоровья. Образование по вопросам охраны здоровья должно быть включено в стандартные школьные программы, информация должна предоставляться широкой публике в наиболее доступных формах.

Ориентация исключительно на гигиену не может полностью гарантировать обеспечения общественного здоровья, поэтому в настоящее время осуществляется множество программ обеспечения общественного здоровья. Программы борьбы с туберкулезом, профилактики СПИДа, обеспечения техники безопасности на рабочих местах, контроля продовольствия, контроля потребления табака и алкоголя – пример нескольких из государственных программ, направленных на охрану общественного здоровья. Созданные в сотрудничестве с Всемирной организацией здоровья и представляющие собой новые методы сотрудничества с широкой общественностью осуществляются такие программы как “Здоровые школы”, “Здоровые города” и “Здоровые больницы”.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Как достичь целей и выполнить задания, управляя персоналом, повышая его квалификацию и используя его мотивацию.....	7
1. Постановка целей и определения	7
2. Принципы управления.....	12
3. Функции руководства и задачи руководства.....	12
4. Методы управления.	13
5. Качества руководителя.....	13
6. Поведение руководителя и стили управления.....	14
7. Модели управления	15
Эффективность больничных касс.....	19
Предварительные замечания.....	19
1. Общие положения к менеджменту больничной кассы	20
2. Сферы заданий менеджмента	24
2.1 Сфера заданий „структура“	24
2.2 Сфера заданий „персонал“	27
2.3 Сфера заданий „информация“	27
2.4 Сфера заданий „финансы“	29
2.5 Сфера заданий „контролинг“	30
3. Юридический контекст	31
Управление страхованием на случай болезни в Латвии - текущая ситуация, фон, главные цели реформы	34
Страхование на случай болезни в Эстонии	40
1. Общие принципы	40
2. Доходы и бюджет страхования на случай болезни.....	42
3. Резюме	46
Обеспечение эффективного и своевременного медицинского обслуживания.....	50
1. Постановка задачи	50
2. Управление доходами.....	50
2.1 Система финансирования.....	50
2.2 Взимание взносов	52
3. Распределение затрат.....	53
3.1 Политика снижения расходов	53
3.2 Каталог услуг.....	56

3.3	Политика покрытия расходов	59
3.4	Регулирование предложения.....	63
3.5	Регулирование потребления услуг.....	67
4.	Итог.....	71
Системы оплаты и их последствия.....		72
1.	Амбулаторное медицинское обеспечение (включая стоматологическое обслуживание)	72
1.1	Паушальная сумма в зависимости от количества обслуженных пациентов.....	76
1.2	Паушальная сумма в зависимости от количества обращений, приходящегося на определённую группу врачей.....	77
1.3	Оплата за отдельную медицинскую услугу (ELV) ..	78
1.4	Смешанные системы.....	79
1.5	Обобщение.....	81
2.	Стационарное медицинское обслуживание	82
2.1	Участие в обеспечении	84
2.2	Договоры об оплате	85
2.3	Обобщение.....	86
3.	Другие области, например:	87
Реорганизация 10 крупных государственных больниц с бюджетным управлением в предприятия сферы услуг с производственно-экономическим управлением - План и опыт реализации -		89
1.	Предварительные замечания.....	89
2.	Экономические и законодательные условия	89
3.	Цели реформы	91
4.	Целенаправленное руководство.....	91
5.	Реорганизация больниц земли	92
5.1	Организационные изменения.....	93
5.2	Кадровые изменения.....	94
5.3	Изменения в бухгалтерском учёте.....	94
5.4	Изменения в планировании бюджета	95
6.	Контроллинг	96
6.1	Общий план	96
6.2	Практическое преобразование	97
7.	Заключительное замечание	102
Реформа литовской системы здравоохранения.....		103
Цели будущего развития		103
Ближайшие планы министерства здравоохранения.....		105

Развитие законодательного основания для здравоохранения	105
Децентрализация управления учреждениями здравоохранения..	106
Рационализация услуг и использования ресурсов, обеспечивающих предоставление экономичных и высококачественных услуг	107
Реформа финансирования здравоохранения	108
Управление персоналом и повышение квалификации	111
Управление в области фармацевтических услуг	111
Регистрация лекарственных средств	112
Контроль стоимости фармацевтических продуктов	112
Поставка лекарственных средств в сельские районы	113
Реформа сектора обеспечения общественного здоровья	113
Содержание	115

Улучшение эффективности
и качества здравоохранения
1999

Išleido:

Sveikatos Ekonomikos Centras
Savičiaus 6-18, Vilnius. SL 2217
E-mail: sec@takas.lt

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG)

Hansaring 43, 50670 Köln
E-mail: team15@gvg-koeln.de

Spausdino Senamiesčio spaustuvė,
Totorių 27, 2001, Vilnius
Parengta spaudai 1999 04 30. Tiražas 300 egz. Užsakymo nr. 187

ISBN 9986-806-06-2