

Современные технологии управления медицинскими организациями.

Критерии экономической и социальной эффективности управления МО

Ставшие традиционными критерии экономической и социальной эффективности управления МО, сложившиеся в период перехода к рыночной экономике, ранее освещались в научной периодике. Как правило, руководители и персонал коммерческих МО воспринимают эти критерии изолированно, полагая, что их материальное благополучие всецело определяется их личностными и профессиональными характеристиками, и не зависит от состояния внешней среды в целом, и от пролеченных ими больных, в частности.

В этой связи более детальное рассмотрение ряда вопросов, касающихся технологий управления МО представляется своевременным и актуальным.

В настоящее время, социально-экономическую эффективность характеризуют следующие *интегральные показатели, отражающие наиболее важные социально-экономические аспекты деятельности частных МО и эффективности управления ими:*

1) Клиентский портфель. Общее число активных и пассивных клиентов, предпочитающих пользоваться услугами данной частной МО. *Доля постоянных клиентов организации* отражает удовлетворенность пациентов всеми аспектами работы МО – от качества предоставленных услуг до уровня сервиса. Величина этого показателя зависит от профиля МО, и для полнофункциональных МО она составляет около 65%.

2) Процент неудовлетворенных первичных пациентов. Включает как пациентов, активно предъявляющих жалобы в процессе и после оказания услуг, так и пассивных клиентов, неудовлетворенность которых выявляется в ходе скрининговых опросов или телефонного анкетирования. Суммарная доля таких клиентов не должна превышать 3-5%, поскольку в противном случае через относительно короткий срок (до 6-12 мес.) в среде потребителей

о данном лечебном учреждении будут распространяться отрицательные слухи, что резко сократит эффективность рекламы.

3) Повторная обращаемость. Частота повторных визитов пациента за медицинской помощью для продолжения лечения в связи с первым случаем обращения или в связи с новым заболеванием является определяющим фактором стабильной работы МО и одной из ключевых характеристик при отборе врачей-специалистов на работу в МО.

4) Доля пациентов, впервые обращающихся по рекомендации («автореклама»). Быстрота распространения информации среди пациентов и их знакомых о приходе в МО врача-специалиста высокой квалификации, и как результат, рекомендации его своим друзьям и знакомым зависит от профиля специалиста. Однако в среднем через 6-9 месяцев от начала работы доля пациентов, обратившихся к данному врачу по рекомендации от других его пациентов, должна составлять около 50%. В противном случае уровень квалификации данного врача или его коммуникативных качеств следует признать неудовлетворительным.

5) Подача рационализаторских предложений персоналом. Этот показатель стоит особняком к вышеперечисленным, поскольку затрагивает взаимоотношения не между МО и пациентом, а между МО и работником. Каждый случай подобной инициативы должен рассматриваться и поощряться руководителем МО. Фактически он означает смену парадигмы отношений между работодателем (владельцем МО) и работниками с антагонистической («мы работаем – они забирают наши деньги») на синергетическую («мы делаем общее дело»). Он также отражает морально-психологическое удовлетворение сотрудников МО своей деятельностью.

Основными показателями собственно экономической эффективности управления МО в условиях рыночной экономики являются:

1) Динамика роста валовой выручки, скорректированная на величину инвестиций и прибыли, и дисконтированная во времени. Важна именно динамика роста, а не абсолютная величина, поскольку в отличие от

рутинных видов бизнеса инновационная предпринимательская деятельность ведет к экспоненциальному росту величины валовой выручки, однако, темпы роста остаются линейными и постоянными.

2) Доля операционных расходов (то есть расходов, связанных с выполнением МО производственной деятельности) в общей величине расходов предприятия не должна превышать 50%, из которых примерно 50-60% составляет заработная плата медицинского персонала.

3) Скорость расширения производственных мощностей за счет собственных средств. Она зависит от фактической величины реинвестиций. Идеальной является ситуация когда 15-25% текущей прибыли МО расходуется на расширение и развитие бизнеса.

В случае создания многоуровневой иерархической системы управления МО требуется оценивать экономическую эффективность собственно управления и управленческого аппарата на основании следующих критериев:

1) Относительные затраты на управление - отношение валовой выручки / прибыли к совокупным затратам по управлению. При этом очень важно учитывать не только абсолютные, но и относительные характеристики, например, соотношение темпов роста затрат на управление и объема прироста валового дохода.

2) Повышение качества оказываемых услуг - отношение стоимости работ по организации системы качества к количеству «удержанных» лояльных клиентов.

3) Уменьшение рисков - отношение стоимости работ по снижению финансовых, кадровых, налоговых и других рисков к степени снижения этих рисков.

Эти показатели являются актуальными для организаций, которые планируют осуществлять свое непрерывное развитие в среднесрочном периоде (до 5-8 лет). В случае, если МО готовится к продаже, в течение ближайших 1-2 лет альтернативными показателями будут являться темпы

роста стоимости реальных активов, скорректированных на рыночную и балансовую стоимости.

Внедрение новых технологий управления МО организациями должно быть комплексным, затрагивая не только поставку нового оборудования или внедрение новых методик лечения, но и всего процесса обслуживания клиентов - от стойки ресепшн и до кассы. Оптимальным для МО является внедрение технологий массового обслуживания, подразумевающих создание потоков пациентов, диспетчеризацию и управление ими.

Проводимые инновационные изменения должны носить непрерывный, но ступенчатый характер. Это обусловлено феноменом человеческой психики, по которому ощущение «легкого голода» после приема пищи заставляет человека активно заниматься ее поиском (работой) в отличие от состояния после переизбытка. Так, нужно следовать желаниям врача закупить новое оборудование и новые технологии лишь на 1/2 или даже на 1/3 от заявленного первоначально, побуждая его осваивать уже имеющееся оборудование в полную силу, чтобы он сам постоянно требовал закупки все новых и новых дополнительных инструментов или материалов. Такой подход позволяет сохранить у врачей интерес к закупленным новинкам и уменьшить сумму первоначальных инвестиций на внедрение новых технологий.

Крайне важным является создание соответствующей атмосферы благожелательного активного сотрудничества при внедрении новых методов работы. Поскольку инерция мышления у врачебного и сестринского персонала крайне высока в силу специфики их образования, то наилучшим способом ускорить реструктуризацию предприятия будет активное привлечение сотрудников всех звеньев для обсуждения проводимых изменений. Крайне важным является составление организационного плана реформирования МО и донесение его основных положений до коллектива сразу по нескольким каналам – в ходе общих собраний коллектива, в форме письменных распоряжений и приказов, и т.д. Учитывая, что для врачей характерен аудиальный тип передачи информации (так называемое

«сарафанное радио»), то для быстрого и эффективного информирования информирования персонала, а в ряде случаев и для реализации определенных мероприятий будет хорошим каналом проведение бесед с неформальными лидерами коллектива.

Менталитет медицинского персонала является одним самых сложных барьеров на пути внедрения новых методов хозяйствования и особенно новых финансовых механизмов и путей обслуживания клиентов. Специфика полученного образования, объективная невозможность стандартизации медицинской помощи во всех случаях, относительная эффективность большинства используемых в настоящее время методов лечения делают медицинский персонал крайне инертной группой.

Дополнительным отягощающим фактором является традиционное пренебрежение математическими методами при обучении, в связи с чем медикам крайне сложно доказать нежизнеспособность тех или иных рационализаторских предложений. Например, врач требует купить ему новый аппарат для рентгенографии за 50000 долларов, поскольку «все сейчас работают на таких установках, а наша устарела». Ему предлагают подумать, как он собирается заработать на ней не менее 70000 долларов для возврата банковского кредита и процентов. В ответ чаще всего услышишь: «вы - администрация, вы и думайте».

Завершающим звеном становится полная коммерциализация сбытовой политики, с отслеживанием занимаемой доли рынка, активным проведением маркетинговых акций, совмещением работы в сфере добровольного и обязательного медицинского страхования, диверсификацией форм обслуживания клиентов, в т.ч. за счет получения авансовых средств по договорам прикрепления в дополнение к обслуживанию с оплатой за фактически оказанные услуги. Последние мероприятия невозможны без существенной перестройки всего финансового механизма МО, включая внедрение бюджетирования и переход к системе центров прибыли и центров расходов.

Таким образом, совершенствование управления медицинскими организациями в современной рыночной экономике должно осуществляться с применением инновационных подходов, состоящих во внедрении технологий и методов медицинского маркетинга и менеджмента, оптимизации работы в сфере управления кадрами и финансами МО, а также путем внедрения информационных технологий. Их применение позволит не только повысить текущую эффективность работы организации, но и существенно укрепить устойчивость и положение на рынке.

Осуществление инвестиций в управленческие инновации медицинскими организациями в условиях рыночной экономики

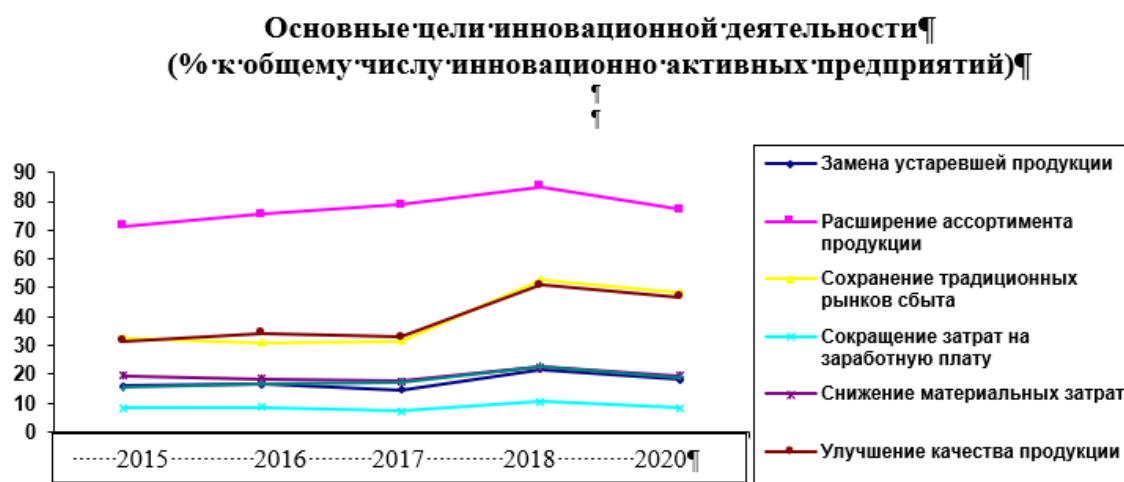
Направления инвестирования средств. В настоящее время приняты следующие стратегии инвестирования средств в инновационные проекты:

- 1) капитального развития;
- 2) поддержания текущей ликвидности;
- 3) моноинвестирования;
- 4) инвестиционной диверсификации;
- 5) в продуктовые инновации;
- 6) в процессные инновации;
- 7) научно-исследовательского инвестирования;
- 8) лицензионного инвестирования.

Основными целями внедрения инновации в российской экономике являются повышение конкурентоспособности, затем экспансия, и лишь затем текущая прибыль.

Эти цели достигаются путем расширения существующего ассортимента и замены устаревшей продукции, выхода на новые рынки сбыта и улучшения качества продукции. В целом, по нашему мнению, и по результатам комплексного анкетирования компании SNEGIRI Group, приоритеты аналогичны и для медицинских предприятий.

Рисунок 1



Источник: SNEGIRI Group. Аналитический отчет «Анализ московского рынка коммерческих медицинских услуг – 2020»

При проведении отбора инновационных проектов для инвестиционных целей, необходимо учитывать следующие эмпирические данные. Соотношение финансирования на стадиях разработки и внедрения конечного продукта составляет 1/20-50. При этом из примерно 500 наукоемких разработок лишь одна имеет реальную коммерческую ценность и будет реализована в виде востребованной потребителем продукции. Если речь идет о научно-технических новациях, то из 100 разработок лишь 20 попадают на рынок и не более 10 оказываются эффективными с финансовой точки зрения.

Экономические критерии выбора инвестиционных проектов в медицине аналогичны таковым в других отраслях экономики и включают показатели дисконтированного периода окупаемости (DPP – discounted payback period), чистого приведенного дохода (NPV – net profit value), индекса рентабельности (PI – profitability index), внутренней нормы рентабельности (IRR - internal rate of return), а также текущих показателей рентабельности основной деятельности и оборачиваемости активов.

Ожидаемый чистый приведенный доход от реализации проекта должен быть выше, чем доход, полученный по безрисковым финансовым операциям, с учетом премии за риск и вероятности неудачи. Оптимальным способом технической оценки эффективности инновационных проектов является использование пакетов прикладных программ (т.е. комплекса взаимосвязанных компьютерных программ, предназначенных для решения экономических).

Существенно меньшее распространение получили более сложные, но более точные методики оценки эффективности инвестиций в различные проекты. Среди них методы **Portfolio management** (управление портфелем активов), **Balanced Scorecard** (система сбалансированных оценочных показателей), а также методика **Applied information economics** (прикладная информационная экономика). Суть последнего метода, самого простого и одновременно самого трудоемкого, состоит в оценке ответов на ключевые вопросы - позволяет ли внедрение проекта произвести расшифровку «узких» мест производства, и если да, то отразится ли это на финансовом результате работы компании.

Эти методики пришли на смену долгосрочному планированию, основанному лишь на анализе внутренних процессов предприятия, динамики и структуры долгосрочных внеоборотных активов. Современные методы включают использование стратегического планирования с акцентом на особую роль внешних сил.

Особую важность приобретают специфические нематериальные активы, традиционно плохо учитываемые стандартами бухгалтерского учета, - управленческая команда, репутация компании, права, управленческие и технологические новации, сетевые связи. Однако именно они оказываются более успешными по сравнению с инвестициями в оборудование, здания, коммуникации.

«Слепой» расчет показателей рентабельности (вложений, продаж, отдельных видов услуг) МО с использованием традиционных методов на

основании бухгалтерских балансов без учета фактической структуры себестоимости и при отсутствии системы регулярной управленческой отчетности не имеет практической значимости. Это обусловлено как концентрацией капитала преимущественно в производственных активах и относительно высокой капиталоемкостью, так и тесной зависимостью себестоимости от способов материального стимулирования персонала и используемых технологий медицинской помощи. Кроме того, на смену техническим методам финансового моделирования, предоставляющим пользователям «лес цифр и графиков», приходит комплексный консалтинг инвестиционных проектов, включающий анализ бизнес-процессов организации, бизнес-моделирование, разработку бюджетирования.

Необходимо также отметить, что традиционные для стран ОЭСР размер прибыли до уплаты налогов и общие показатели капитализации компании широкого использования для оценки коммерческих МО не находят потому, что балансовая прибыль коммерческих МО в большинстве случаев незначительна. Это обусловлено как отраслевыми особенностями, так и использованием различных схем уменьшения налогооблагаемой базы. В себестоимости медицинских услуг значительную долю составляют закупаемые медицинской организацией расходные материалы, доля которых в услугах, например, лабораторной диагностики и стоматологии может достигать 75%.

Негативный эффект высокой себестоимости может быть относительно нивелирован за счет репозиционирования клиники. Однако большинство МО предпочитает искусственно, но легитимно уменьшать налогооблагаемую базу путем искусственного завышения стоимости расходных материалов.

Кроме того, многие крупные МО амбулаторно-поликлинического профиля являются аффилированными клиниками страховых компаний – ОАО «РОСНО» («Медэкспресс» - МЭ, «Американ хоспитал групп» - АХГ), «РЕСО-Гарантия» («Медкорп»), «Ренессанс-страхование» («Медлайн»), «Ингосстрах» («Тим-Ассистанс»), «МАКС» («Лечебный центр»), «Гута-

страхование» («Гута-клиник») и других - балансовая рентабельность которых искусственное регулируется, исходя из интересов материнской компании. Так, в ряде случаев идет заполнение клиник клиентами материнской компании по демпинговым ценам, что позволяет страховщику предлагать низкие тарифы на рынке.

Следует принимать во внимание, что среднеотраслевая рентабельность медицинских услуг составляет 5-15%, и текущая доходность в 30% для медицины считается высокорисковой. В то же время, например, для розничной торговли продуктами питания, которые сопоставимы или меньше по размерам необходимых инвестиций, текущая доходность в 30-35% является обычной.

Поэтому, если бизнесмен оценивает возможность вложения в медицинский или иной проект, то он должен учитывать дополнительные нематериальные преимущества инвестиций в медицину. Ими становятся возможность лечения самого себя, близких (родственников, знакомых и т.п.) и обеспечение их занятости. Создание из медицинских предприятий зонтичных брендов практически невозможно, поскольку психология потребителя не предполагает ассоциацию медицинской помощи ни с одним из товаров высокого спроса (одеждой, продуктами питания, алкоголем, автомобилями и т.д.).

Одним из факторов, который косвенно может способствовать инвестированию в медицинские проекты, является возможность получения нежилых помещений в центральной части г. Москвы в долгосрочную аренду с правом выкупа. Это касается как МО, возникающих на базе приватизируемых учреждений здравоохранения, так и в результате закрытия различных муниципальных предприятий. Однако следует учесть, что в соответствии с законодательством г. Москвы после выкупа помещений запрет на перепрофилирование медицинского предприятия действует в течение не менее 5 лет после приватизации. Кроме того, малые инновационные предприятия не рассматриваются среди приоритетных

направлений при открытии новых кластеров и производственно-технологических зон.

Поэтому, отбор медицинских проектов по формальным финансовым показателям, без детального анализа технико-экономического обоснования, а также учета сопутствующих факторов, невозможен.

Получение прибыли от реализации. Сезонность спроса на медицинскую помощь существенно влияет на структуру поступлений средств от текущей деятельности в любом МО. До 85% общего годового объема средств поступает в период октябрь-ноябрь и февраль-апрель. Минимальный спрос на медицинские услуги любого профиля отмечается в декабре-январе, мае, а также июле-сентябре. Поэтому реализацию инвестиционных проектов в медицине следует сопровождать маркетинговыми мероприятиями, которые будут способствовать продвижению новых услуг в период максимального сезонного спроса.

Рисунок 2



Источник: SNEGIRI Group. Аналитический отчет «Анализ московского рынка коммерческих медицинских услуг — 2020».

Пути использования прибыли от проекта. В случае, если медицинский инвестиционный проект оказывается успешным и инвестор не заинтересован в кратчайшем возврате первоначальных инвестиций, то

возникает вопрос о направлении расходования полученной в ходе проекта прибыли.

Наиболее выгодным с точки зрения стабилизации деятельности МО является увеличение его капитализации. Практика работы МО показывает, что порядок использования прибыли можно ранжировать в порядке возрастания необходимых сумм следующим образом:

- 1) улучшение общего сервиса (reception-регистратура);
- 2) текущий ремонт производственных помещений;
- 3) повышение качества медицинской помощи (контроль повторной обращаемости, стандартизация услуг);
- 4) увеличение потока первичных пациентов (маркетинговые мероприятия);
- 5) внедрение новых технологий (методик, оборудования);
- 6) создание филиалов.

Важно помнить, что скорость отдачи вложений в медицинских предприятиях обратно пропорциональна проведенным расходам.

Направления использования прибыли тесно связаны с необходимостью **обеспечения кругооборота денежных средств** в МО. Поскольку добавленная стоимость относительно низка, то быстрый вывод за пределы МО большого объема оборотных средств может привести к краху предприятия.

Это обусловлено следующими обстоятельствами:

1) Перенос дефицита собственных средств по производственной цепи (например, на поставщиков расходных материалов, реагентов, медикаментов) практически невозможен, поскольку чаще всего они требуют предоплаты.

2) Обычный в этих случаях для отечественной промышленности перенос дефицита платежеспособности на плечи сотрудников, которым задерживают выплату заработной платы, в случае медицинского предприятия приводит к быстрому уходу наиболее квалифицированных специалистов с оттоком их постоянных клиентов.

3) Это приводит к быстрому и резкому снижению общих поступлений.

4) Сохранение или найм сотрудников с низкой квалификацией ведет к снижению качества медицинской помощи, что вызывает дискредитацию на локальном рынке, и в силу его узости, приводит к финансовому кризису.

Гарантии от потери средств. Вопрос, как застраховать (хеджировать) риски при реализации медицинского проекта, достаточно сложен. Учитывая, что в среднем успеха достигает лишь 5-15% инновационных предприятий, классическое страхование предпринимательских рисков в нашей стране является скорее казуистикой, нежели правилом. Это, в частности, связано с тем, что организация может минимизировать практически все имущественные, а также многие политические, кредитные, коммерческие и производственные риски, но страхованию не подлежат риски, связанные с недобросовестностью партнеров. Кроме того, страхование вышеперечисленных рисков проводится с очень высокими ставками, а в ряде случаев при высокой вероятности наступления страхового события, риски не страхуются вовсе. Собственно МО, несмотря на тесную связь со страховыми компаниями, работающими на рынке ДМС, страхование инновационных рисков не используют.

Способы хеджировать риски определяются размером текущих денежных средств. Формирование финансовых резервов с последующим их размещением на депозите в коммерческом банке малоэффективно. Вложения в дополнительное оборудование, которое может быть продано, существенно ограничивается высокой комиссией при trade-in (до 30% в течение 1 года использования), большой скоростью морального износа (в течение 3-5 лет), низким потенциальным спросом. Наиболее выгодным и в то же время самым капиталоемким является выкуп арендованных помещений, в которых располагается медицинская организация. Кроме того, это позволяет обезопасить бизнес от резкого увеличения арендной платы, делающего невозможным дальнейшее существование МО в данном помещении. Так

поступили лидеры рынка г. Москвы – ЕМЦ, ОАО «Медицина», ЦЭЛТ, выкупившие свои здания.

Пути вывода средств из инвестиционного проекта. В случае классического венчурного финансирования средства из проекта выводятся по достижению планируемой доходности или признания убыточности дальнейшей реализации проекта, путем продажи предприятия стратегическому инвестору или путем проведения IPO (Initial Public Offering – первая публичная продажа акций компании).

Типичными покупателями выступают частные инвесторы, которые вкладывают в бизнес собственные средства и впоследствии принимают активное участие в его управлении. Реже встречаются корпоративные приобретения, направленные на создание вертикально-ориентированных структур с целью экономии на издержках и масштабе, или на создание горизонтальных объединений с целью увеличения доли рынка и диверсификации финансовых вложений.

В том случае, если инвестор не планирует продать бизнес через 2-3 года после его создания или реорганизации, то возникает вопрос о путях вывода средств для погашения инвестиционных затрат. Мы не учитываем самую часто используемую форму в коммерческих МО форму – «черный нал». Его разновидностью может быть применение так называемой «развязки» денежных потоков медицинскими МО, оказывающими помощь иностранным гражданам и получающим деньги от иностранных страховых компаний. В этом случае эти средства поступают на оффшорные счета и служат для удовлетворения потребностей акционеров, а средства, поступающие от российских страховых компаний и граждан, используются для поддержания работоспособности предприятия.

Легальной, наиболее простой и в то же время наиболее редкой формой является погашение текущей задолженности по коммерческому кредиту, ранее выданному предприятию собственником. Чаше средства изымаются путем погашения векселей, выданных ранее юридическому лицу-

собственнику МО. Одной из полностью легальных форм вывода капитала является получение арендной платы за помещение, в котором находится МО, при условии, что это помещение находится в прямой собственности у владельца МО как физического лица. Этот способ вывода капитала также используется крайне редко.

Используемые источники

1. Аньшин В.М., Филин С.А. // Менеджмент инвестиций и инноваций в венчурном бизнесе: учебное пособие. – М.: «Анкил». – 2003. – 360 с.
2. Брызгалин А.В., Берник В.Р., Головкин А.Н., Гринемаер Е.А. // Векселя и взаимозачеты: налогообложение и бухгалтерский учет. Изд. 8-е, перераб. и доп. – М.: Изд. «АН-Пресс». – 2001. – 320 с.
3. Кирьяков А.Г., Максимов В.А. // Основы инновационного предпринимательства: Учеб. пособие для вузов / под общей ред. д.э.н., проф. Л.Г.Матвеевой. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2002. – 160 с.
4. Колесник Ф. / Что клиентам по зубам. // Ж.Секрет фирмы. – 2004. - №19. – С. 40.
5. Коновалов В.М. // Инновационная сага. – М.: Изд.дом. «Вильямс». – 2005. – 224 с.
6. Костюхин Д., Бордачев А. / Методы оценки инвестиций в ИТ: блеск и нищета. // 2005. – Connect! Мир связи. – 2005. - С. 68-70.
7. Костяшкин А. / Private Equity – бизнес терпеливых. // Рынок ценных бумаг. - 2005. - №8. - С. 54-73.
8. Кузнецов М. / Стратегия продажи бизнеса. // Ж. управления компанией. – 2005. - №5. – С. 34.
9. Куклев С., Рудаков А. / Частный случай. // Newsweek. – 2005. - №20. - С.34.
10. Львов Ю., Сазонов А. / Дело врачей. // Forbes. – 2004. – №4. – С. 82.
11. Медынский В.Г. // Инновационный менеджмент. Учебник – М.: ИНФРА-М. – 2005. – 295 с.

12. Москвич А. / Кто и почему покупает и продает бизнес. // Управление компанией. – 2005. – №5. – С. 38-40.
13. Синогейкина Е. / Из чего складывается стоимость бизнеса. // Управления компанией. - 2005. - №5. - С. 42.
14. SNEGIRI Group: Аналитический отчет. Анализ московского рынка коммерческих медицинских услуг. - 2005. – 45 с.