

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

***ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ  
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ***

**Учебное пособие  
для студентов медико-профилактического факультета**

Краснодар, 2019

УДК 614:338:61

ББК 65

**Редько А.Н.** заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор,

**Лебедева И.С.** доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.э.н., доцент

Редько А.Н., Лебедева И.С. Основы экономики здравоохранения для студентов медицинских учебных заведений: Учебное пособие для студентов медико-профилактического факультета. – Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2019. – 254 с.

#### **Рецензенты:**

- Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России Заслуженный врач России, Заслуженный врач Республики Калмыкия, д.м.н., профессор **Сердюков А.Г.**

- Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент **Дьяченко Т.С.**

Учебное пособие предназначено для студентов медико-профилактического факультета медицинских высших учебных заведений, изучающих дисциплину «Экономика здравоохранения» согласно ФГОС ВО.

Содержащиеся в учебном пособии задания разработаны на основе рекомендуемых Министерством здравоохранения методик оценки эффективности использования и планирования ресурсов. Данный подход будет способствовать пониманию и усвоению материала студентами в процессе обучения, а также будет полезен в последующей профессиональной деятельности.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России  
протокол № 2 от 10 октября 2019 г.

УДК 614:338:61 ББК 65

Редько А.Н., Лебедева И.С.

## Оглавление

Предисловие.....	4
Введение.....	6
Глава 1 Экономика здравоохранения как научная дисциплина. Здоровье как экономическая и социальная категория. ....	9
Тема 1. ЗДОРОВЬЕ КАК ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ .....	9
Глава 2 Производственно-экономические отношения в здравоохранении .....	30
Тема 2. МЕДИКО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: УЧАСТНИКИ, РЕСУРСЫ, ПРОДУКТЫ. ....	30
Глава 3 Рынок медицинских товаров и услуг .....	47
Тема 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ .....	47
Тема 4. МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОДВИЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТОВАРОВ И УСЛУГ НА РЫНОК .....	61
Глава 4 Финансы в здравоохранении .....	78
Тема 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	78
Тема 6. СТРАХОВАНИЕ КАК ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	103
Глава 5 Предпринимательство в медицинской деятельности.....	119
Тема 7. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....	119
Глава 6 Экономический анализ эффективности использования ресурсов медицинской организации.....	140
Тема 8. ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	140
Тема 9. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	149
Глава 7 Планирование в здравоохранении. ....	162
Тема 10. ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ .....	162
Тема 11. СМЕТА РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	173
Глава 8 Управление качеством в здравоохранении. ....	185
Тема 12. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ .....	185
Тема 13. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ.....	202
Тема 14. МЕТОДИКИ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	227
Ответы на тесты.....	251
ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....	252

## Предисловие

В соответствии с учебным планом в процессе самостоятельной работы студенты, обучающиеся по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, изучают дисциплину Экономика здравоохранения. В результате освоения которой студенты приобретают общетеоретические знания и способности применять основные понятия в области экономики здравоохранения, позволяющие адекватно оценивать и эффективно реализовывать возникающие организационно-экономические отношения при осуществлении профессиональной медико-профилактической деятельности.

Цель настоящего издания – помочь студентам КубГМУ при подготовке к лекционным и практическим занятиям по экономике здравоохранения, самостоятельному изучению материала дисциплины.

Будущий специалист за время обучения по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело должен не только освоить учебную программу, но и приобрести ряд способностей, среди которых:

Способности осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1);

Способности распространять знания о здоровом образе жизни, направленные на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения (ОПК-2);

Способности решать профессиональные задачи врача по общей гигиене, эпидемиологии с использованием основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов (ОПК-3);

Способности применять современные методики сбора и обработки информации, проводить статистический анализ и интерпретировать результаты, изучать, анализировать, оценивать тенденции, прогнозировать развитие событий и состояние популяционного здоровья населения (ОПК-7);

Способности определять приоритетные проблемы и риски здоровью населения, разрабатывать, обосновывать медико-профилактические мероприятия и принимать управленческие решения, направленные на сохранение популяционного здоровья (ОПК-8);

Способности подготовить и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию, а также нормативные правовые акты в системе здравоохранения (ОПК-11).

Изучение материала данного учебного пособия будет способствовать приобретению студентами указанных выше универсальных и общепрофессиональных компетенций.

Данное учебное пособие адаптировано для понимания процессов экономического развития отрасли, механизмов государственного регулирования здравоохранения, основных методов экономического анализа и планирования здравоохранения.

В учебном пособии представлены опорный теоретический материал в соответствии с тематикой учебной дисциплины, задания для закрепления полученных теоретических знаний на семинарских (практических) занятиях, вопросы для самоподготовки и самоконтроля, рекомендованная литература.

Настоящее учебное пособие не заменяет существующие учебники по экономическим дисциплинам. Для изучения дисциплины экономика здравоохранения рекомендуются следующие источники:

#### **А) Основная литература:**

1) Экономика здравоохранения: учебное пособие / А.В. Решетников, В.М. Алексеева, Е.Б. Галкин, С.А. Ефименко [др.] ; под редакцией А.В. Решетникова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с. ил. – ISBN 978-5-9704-0481-2. Текст : непосредственный.

2) Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие / под редакцией А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664 с. : ил. ISBN 987-5-9704-0906-0. Текст : непосредственный.

#### **Б) Дополнительная литература:**

3) Основы экономики для студентов медицинских учебных заведений : учебник / Б.А. Войцехович, А.Н. Редько, В.В. Пильщикова [др.]; под редакцией Б.А. Войцеховича – Ростов на Дону : Феникс, 2010 – 347 с. (Медицина). - ISBN 978-5-222-16490-7. Текст : непосредственный.

4) Экономика : учебник / Ю.В. Федорова [и др.] ; под редакцией Ю.В. Федоровой. – Ростов на Дону : Феникс, 2014. – 349 с. – (Библиотека МГМУ им. И.М.Сеченова). - ISBN 987-5-222-21557-9. Текст : непосредственный.

5) Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.Г. Элланский, А.Р. Квасов, Т.Ю. Быковская, М.Ю. Соловьев – Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 624 с. - ISBN 978-5-9704-5033-8.

#### **В) Электронные ресурсы:**

Консультант студента. Электронная библиотека ВУЗа [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)

Федеральный образовательный портал: экономика, социология, менеджмент <http://ecsocman.edu.ru/>

Федеральная служба государственной статистики <http://www.gks.ru/>

## Введение

Сегодня наибольшую потребность в здоровье имеют страны с социально ориентированной рыночной экономикой, основная цель которой – достижение высокого уровня качества жизни населения, важнейшей составной частью которого является сохранение и укрепление здоровья.

В указе «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» Президент ставит цели добиться устойчивого роста численности населения, увеличения продолжительности жизни, повышения уровня жизни россиян и создания для них комфортных условий жизни, обеспечения вхождения России в пятерку крупнейших экономик мира.

В условиях социально ориентированной рыночной экономики потребность в здоровье становится ключевым фактором, а сама экономическая система побуждает человека к ответственности за свое здоровье. Состояние системы здравоохранения влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности в трудоспособном возрасте, снижение младенческой и смертности, снижение заболеваемости и инвалидности, увеличение продолжительности жизни).

В Послании Федеральному Собранию в 2019 году Президент подчеркнул, что решение демографических проблем, рост продолжительности жизни, снижение смертности прямо связаны с преодолением бедности. Люди, испытывающие материальные проблемы, вынуждены экономить на самом необходимом – одежде, лекарствах, еде.

Экономика – сложная, многоуровневая система и, все ее уровни взаимосвязаны и взаимозависимы. Объектом изучения в экономическом аспекте могут выступать многие сферы деятельности человека.

Экономика здравоохранения – это отраслевая экономическая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства; формирование, распределение и использование в здравоохранении ограниченных ресурсов (материальных, трудовых, финансовых); влияние факторов на эффективность их использования и поиск резервов повышения эффективности; обоснование необходимых объемов оказания медицинской помощи населению; условия и факторы обеспечения максимального удовлетворения потребности населения в медицинском обслуживании и охране здоровья; критерии оценки удовлетворенности потребностей населения в лечебно-профилактическом обслуживании; взаимосвязь эффективности методов лечения и диагностики и сохранения трудовых ресурсов, здравоохранения как специфической отрасли народного хозяйства и народного хозяйства в целом.

Впервые на экономику санитарно-демографических процессов обратил внимание в России Н.Я. Данилевский в труде «Статистические исследования

о распределении и движении народонаселения в России за 1846 год» (Санкт-Петербург). Позднее В.В. Фавр определил расходы на лечение больных малярией и экономический ущерб от потерь рабочего времени в связи с болезнью («Опыт изучения малярии в санитарном отношении», Харьков, 1903).

Официальная «Междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства», работавшая под председательством проф. Г.Е. Рейна, известного реакционного деятеля царской медицины, в 1912 г. пришла к заключению об «ужасающей заболеваемости и смертности населения», (Г.Е. Рейн. Заметка об общих основах устройства врачебной помощи в России. СПб. 1912); в неопубликованных материалах комиссии (собраны в 6 томах, находятся в Государственной центральной научной медицинской библиотеке в Москве) приводились цифры касающиеся финансирования борьбы с эпидемиями: в 1913 г. на 1000 человек населения умерло в России 30 человек, на медицинские нужды населения отпущено по 90 копеек на 1 жителя, и в эту сумму включено на борьбу с эпидемиями и на санитарно-гигиенические мероприятия 5 копеек.

В первой половине XIX в. появляется термин «социальная гигиена» – он встречается в диссертации Рошу (J.A. Rochoux) в 1838 г., а в 1844 г. его употребил и Фурко (Fourcaut) в работе, посвященной профессиональным хроническим заболеваниям. Основной ее элемент – изучение влияния социальных факторов на здоровье населения, исследование социальных проблем здравоохранения – определяли ее основоположники Гротьян (A. Grotjahn), Фишер (A. Fischer), Н.А. Семашко и др. Определение социальной гигиены как научной дисциплины, изучающей влияние социально-экономических факторов на общественное здоровье и здравоохранение, разрабатывающей меры охраны и укрепления общественного здоровья, содержится во 2-м издании Большой медицинской энциклопедии.

Важнейшая задача социальной гигиены – служить охране и улучшению общественного здоровья – составляет основу ее определения в учебной программе, разработанной (1983) коллективами кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения страны. Учебная программа предусматривала деление социальной гигиены на ряд разделов, среди них: X. Важнейшие болезни и их социально-гигиеническое значение. XI. Советское государственное социальное страхование и социальное обеспечение. XII. Основы планирования, экономики и финансирования здравоохранения.

На сегодняшний день образовательный процесс осуществляется согласно принятым образовательным стандартам третьего поколения. В учебном процессе при подготовке и применении образовательных программ вуз ориентируется на конкретные виды профессиональной деятельности, к которым готовятся специалисты, с учётом потребностей рынка труда, а также своих научно-исследовательских и материально-технических ресурсов. При разработке рабочих программ и сопутствующего методического обеспечения

мы исходили из накопленного опыта преподавания экономических дисциплин студентам других специальностей. Внедряя экономические дисциплины в медицинском вузе, необходимо учитывать специфику отрасли.

Экономические дисциплины изучаются с целью, во-первых, формирования системы экономических знаний, умений и навыков, обладающих свойством широкого переноса, элементов творческой деятельности для последующего включения их в состав компетенций выпускника медицинского вуза, во-вторых, формирования научного миропонимания, экономической грамотности как части общей культуры студента, в-третьих, приобретения обучающимися опыта учебно-исследовательской, расчетной, графической и др. деятельности, в-четвертых, воспитания и развития личности студента, развития способностей к самообучению, коммуникации, инициативности, социальной активности, мотивированности к профессиональной деятельности.

Данное учебное пособие состоит из 8 разделов (глав), в каждом из которых содержится блок информации, индивидуальные задания для самостоятельной работы и вопросы для контроля знаний. Последовательность глав учебного пособия соответствует последовательности разделов дисциплины, указанным в рабочей программе.

Изложенный в блоке информации материал посвящен общим вопросам экономики здравоохранения. Индивидуальная практическая работа представлена в виде задач, которые необходимо решить, опираясь на образцы выполнения типовых заданий. Для удобства самоподготовки и самоконтроля в конце каждой главы приводится перечень вопросов для самоподготовки, набор тестовых заданий.

Применение данного учебного пособия в процессе изучения дисциплины Экономика здравоохранения студентами медицинского вуза способствует развитию мыслительной и практической деятельности, пониманию процессов развития отрасли, механизма хозяйствования субъектов здравоохранения на микро- и макроэкономическом уровнях функционирования системы здравоохранения.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов. Оно будет полезным также для клинических ординаторов, аспирантов, слушателей курсов последипломной подготовки при изучении актуальных проблем общей экономики и отраслевой экономики здравоохранения.



## **Глава 1 Экономика здравоохранения как научная дисциплина. Здоровье как экономическая и социальная категория.**

### **Тема 1. ЗДОРОВЬЕ КАК ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ**

Здоровье человека является важнейшим фактором общественного развития. ВОЗ определяет здоровье человека как состояние полного физического, социального, психологического и духовного благополучия. Здоровье индивида в процессе трудовой деятельности приобретает общественно-экономическое значение, поскольку максимальное использование профессиональных знаний и умений возможно только при отсутствии заболеваний и хорошем состоянии здоровья.

Здоровье населения и экономика общества тесно взаимосвязаны. Более 20 лет назад по шкале ООН «О благосостоянии» именно здоровье было поставлено на 1-е место. Еще в середине 1990-х гг. Всемирный банк установил, что 64% мирового богатства составляет человеческий капитал, 21% – физический капитал и 15% – природные ресурсы. Не случайно в истории развития науки экономика тесно переплетается с демографией и медициной.

Если рассматривать здоровье как экономическую категорию, можно считать его выражением экономических отношений, связанных с его охраной и укреплением. Здоровье общества является стратегической целью государства, условием национальной безопасности страны, показателем качества жизни, экономическим ресурсом общества и условием воспроизводства трудового потенциала.

От состояния здоровья зависит степень удовлетворенности жизнью. По оценке ВОЗ, оно на 50% зависит от образа жизни, который во многом определяется уровнем дохода человека. С 2013 года прожиточный минимум в РФ устанавливается исходя из порядка определения потребительской корзины. В стоимость потребительской корзины на предметы первой необходимости, санитарии и лекарства отводится для трудоспособного населения 10% от общей величины расходов на непродовольственные товары (для пенсионеров 15%, для детей 12%).

Принципы организации медицинской помощи населению в нашей стране, прежде всего, отражены в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем под охраной здоровья граждан понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Запас здоровья оценивается как результат особого рода инвестиций в поддержание и коррекцию имеющего у человека природного потенциала здоровья. Ежегодно Правительством РФ утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на базе которой каждый субъект РФ утверждает свою. В Программе определяются виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы ее объема, финансовых затрат, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов, предусматриваются критерии качества и доступности медицинской помощи. Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2019 г. составляет 83168206,0 тыс. руб., расчетная стоимость на 2020 г. – 88800928,2 тыс. руб. (Закон Краснодарского края от 21.12. 2018 г. №3929-КЗ).

Инвестиции в общий потенциал здоровья должны обеспечиваться за счет государства и отдельных домохозяйств, причем мера участия государства зависит от уровня обобществления социально-экономических отношений в данном обществе. Частные инвестиции образуются при приобретении полисов ДМС и приобретении платных медицинских услуг.

Рынок состоит из ряда элементов, важнейшими из которых являются спрос и предложение. Оба они действуют под влиянием цен. Так что же такое цена? Попробуем разобраться в этом вопросе.

Согласно определению данному в статье 40 Налогового кодекса РФ (часть первая):

**Рыночной ценой товара** (работы, услуги) признается цена, сложившаяся при взаимодействии спроса и предложения на рынке идентичных (а при их отсутствии – однородных) товаров (работ, услуг) в сопоставимых экономических (коммерческих) условиях.

В экономике здравоохранения цена также имеет место. В механизме ценообразования участвует не медицинская помощь как таковая, а стоимостное выражение такой экономической категории, как услуга. Следовательно, цену имеет только медицинская услуга, а не медицинская помощь.

Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении может быть как *товар* (вещь предназначенная для продажи – медицинское оборудование, инструменты, лекарственные средства), так и *услуга* (консультационная, лечебно-диагностическая, страховая). Этот конечный продукт реализуется потребителям (пациентам) по определенной цене. Цена находится в прямой зависимости от стоимости товара, с уменьшением стоимости цена товара снижается и, с ее увеличением повышается. Одновременно цена не только показывает, как эффективно используется труд, но в итоге определяет величину совокупных издержек производства (себестоимости) продукции и размер прибыли, получаемой производителями (продавцами) за счет производства и реализации товара.

**Цена** – денежное выражение стоимости товара. Она может быть установлена на основе рыночных механизмов или диктоваться государством

(бюджетные расценки, прейскурант).

Важным средством познания цены является изучение ее *функций*:

- *Измерительная* – цену называют мерой денег, методом измерения экономики;
- *Соизмерительная* – сравнивая цены мы сравниваем и качество услуг;
- *Учетная* – именно цена позволяет учитывать затраты живого и прошлого (овеществленного) труда, затраченного на оказание услуги;
- *Аналитическая* – связана с вопросами планирования и прогнозирования деятельности медицинской организации;
- *Регулирующая* – согласовывая денежные запросы продавца (медицинской организации) с ответной реакцией покупателя (пациента) цена приспособливает объемы оказания услуг к потребностям в этих услугах;
- *Распределительная* – возникает при наличии государственного воздействия;
- *Стимулирующая* – цена является индикатором выручки производителя услуг, заставляет повышать качество услуг, ради получения большей выручки.

Выделяют следующие *методы ценообразования*:

1. *Затратный* – цена складывается из себестоимости услуги, прибыли и надбавок на цену. Характерен для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

2. *Рыночный* – приемлем только в условиях конкурентного рынка. Является итогом установления равновесной (оптимальной) рыночной цены.

Механизмы формирования цен на платные медицинские услуги основаны на анализе экономической ситуации в регионе в целом и в определенной медицинской организации. Этот анализ состоит из следующих элементов:

1. Определение цели. Прежде всего, следует уточнить, для решения каких задач предназначены цены: или прибыль будет использована для достижения какой-либо определенной цели (приобретение оборудования, ремонт и т. д.), или она будет иметь длительный период применения и носить стимулирующий характер.

2. Оценка рыночной ситуации. Оцениваются: конъюнктура на рынке (соотношение спроса и предложения), платежеспособность населения.

3. Оценка возможностей медицинской организации в производстве услуг. Оцениваются: все виды возможных издержек и затрат с учетом возможных вариантов поведения конкурентов, возможная динамика изменения цен на услуги.

3. Определение базы расчетов. Определяют, по каким ценам ориентироваться – по фактическим затратам конкретных медицинских организациях либо по затратам в целом по району, городу или региону.

4. Определение итоговой цены. Для принятия окончательного решения о цене необходимо произвести: полную оценку всех издержек, индексацию

затрат из-за инфляции (текущей и возможной перспективной).

Система ценообразования зависит от поставленных конкретной организацией здравоохранения целей, к которым относится:

- максимизация текущей прибыли,
- завоевание доли рынка,
- изыскание дополнительных средств на развитие,
- стимулирование труда,
- переход на самофинансирование,
- обеспечение доступной медицинской помощи для большинства населения региона.

Цена на платную медицинскую услугу при затратном методе ценообразования состоит из двух элементов: себестоимость и прибыль.

*Себестоимость* – это выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на единицу услуг (пролеченного больного, прикрепленного жителя и т.д.). Себестоимость показывает, во что обходится учреждению медицинское обслуживание, отражает текущие расходы.

*Прибыль* – это превышение продажной цены товара над затратами на его производство.

При этом необходимо учитывать, что все организации на общей системе налогообложения должны уплачивать *налог на прибыль* (федеральный налог). Базовая ставка налога – 20%, при этом 3% перечисляют в федеральный бюджет, а 17% – в региональный. В течение года компании платят авансовые платежи и сдают декларации по налогу на прибыль организаций. Отметим, что некоторые категории организаций налог на прибыль не платят – перешедшие на спецрежим (например, вмененный доход или упрощенная система налогообложения).

В практике здравоохранения сегодня существует целый ряд цен на услуги, отличающихся между собой полнотой включения затрат. При этом учитываются:

1. бюджетные оценки, ориентированные на выделенные средства по бюджету, которые не включают в стоимость услуг ряд расходов,
2. тарифы ОМС, включающие в стоимость медицинской услуги основные виды расходов: оплата труда, начисления (ЕСН), питание, медикаменты, мягкий инвентарь,
3. цены на уровне фактической себестоимости оказания услуги,
4. договорные цены для программ ДМС и цены платных услуг, в основе которых лежат фактические расчеты и коэффициенты повышения себестоимости,
5. цены, рассчитанные на основе клинико-статистических групп (КСГ) или диагностически родственных групп (ДРГ).

*Тариф* – система ценовых ставок, определяющая размер платы за различные медицинские услуги, а также оплаты труда работников здравоохранения.

*Цена договорная* – цена, устанавливаемая в хозяйственном договоре по согласованию сторон.

*Цена прејскурантная* – фиксированная цена медицинского товара или услуги, устанавливаемая руководителем организации здравоохранения по согласованию с государственными органами.

*Цена сметная* – цена, рассчитанная на основе калькуляции затрат по смете доходов и расходов учреждения здравоохранения.

*Индекс цен* – относительный показатель, характеризующий изменение цен товаров и услуг за тот или иной период времени.

Рыночные цены предполагают наличие официальной среднерыночной цены на медицинские услуги, а также знание налогового законодательства.

**Рыночная цена** формируется в процессе взаимодействия спроса и предложения и отражает реальную величину расходов и уровень прибыли. Это цена свободная от государственного влияния.

Цена должна отражать общественно необходимые затраты на производство и реализацию товаров и услуг, соответствовать их потребительским свойствам и качеству, учитывать спрос и предложение на товары и услуги.

*Чем больше цена товара, тем меньше спрос на него и, наоборот, чем цена товара меньше, тем меньше предложение.*

Ценообразование является важнейшим рычагом экономического управления. В отличие от единой стабильной государственной системы цен, построенной на традиционном затратном принципе, здесь в силу вступает рыночный механизм ценообразования, основанный на свободной конкуренции.

*Это означает, что избыток товара приводит к уменьшению цены, а дефицит – к ее увеличению.*

Увеличение предложения связано с желанием производителя медицинских услуг получать максимум прибыли: как только увеличивается спрос на какую-либо услугу, предприниматель увеличивает объем ее оказания. Максимизация прибыли зависит и от цены услуги, и от затрат на ее оказание. Поэтому при увеличении предложения услуг обязательно учитывается и то, как это скажется на их цене и издержках производства: при увеличении объема оказания услуг то и другое, как правило, уменьшается.

Цена услуги, учитывающая совместное влияние на нее различных противоречивых факторов и обеспечивающая максимизацию прибыли, называется *оптимальной ценой*.

*Оптовая цена* – цена, которая устанавливается при продаже товаров (услуг) крупными партиями. Они существуют при расчетах между предприятиями и организациями при реализации продукции через специальные сбытовые конторы. По оптовой цене оптовые торговые фирмы продают товар крупными оптовыми партиями компаниям, занимающимся розничной торговлей. Эта цена равна производственной цене плюс все производственные и маркетинговые расходы оптовой торговой фирмы плюс

ее прибыль. Оптовая цена обычно составляет 60–70% от розничной цены.

*Розничная цена* – цена по которой ведется продажа медицинских товаров в розницу и небольшими партиями – в аптеках, специализированных магазинах. Эта цена складывается из оптовой цены плюс все производственные, управленческие и маркетинговые расходы розничной фирмы плюс ее прибыль.

*Равновесная цена* – это цена товара в условиях рыночного равновесия, когда величины спроса и предложения на товары и услуги равны.

Особенностью равновесной цены является ее эластичность: если под влиянием некоторых факторов произойдет повышение спроса при неизменном предложении или снижение предложения при неизменном спросе. То цена возрастает. Если произойдет снижение спроса при неизменном предложении или возрастет предложение при неизменном спросе, то цена снизится.

Рынок медицинских услуг очень чувствителен к изменениям каждого из множества различных факторов, он находится в постоянном движении. Равновесие – это идеальное промежуточное состояние рынка, которого он время от времени достигает, но в котором не задерживается надолго под влиянием постоянной борьбы двух сил – спроса и предложения (рис. 1.1)

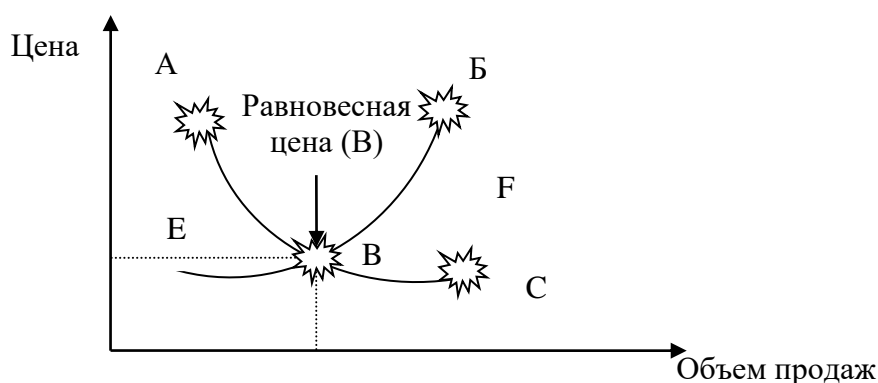


Рисунок 1.1 – Определение равновесной рыночной цены

В точке А спрос превышает предложение – продукта (услуги) не хватает на всех, за него можно получить «премиальную цену»

В точке В спрос и предложение совпадают: все произведенное продается, рынки конкурентны, цены высоки. В этой точке спрос на товары соответствует предложению, а цена всех устраивает. Эта точка называется точкой равновесной цены. Именно по этой цене будут продаваться товары на рынке.

В точке С на рынке избыток товара (услуги), а значит необходимо стимулирование спроса, скидки.

В зоне Е спрос превышает предложение, это область низкого объема продаж.

Зона F представляет собой продажи, которые в строгом соответствии с

макроэкономикой не произойдут, хотя есть желание продавать и здесь. А значит необходим поиск способов продаж.

Для расчета прибыли при формировании цены на медицинскую услугу необходимо использовать норматив рентабельности. В практической деятельности он определяется на уровне 20-25%. *Стоимость медицинской услуги состоит из затрат на ее оказание и рентабельности.*

Цена медицинской услуги определяется по следующей формуле:

$$Ц = С + (С * 0,25)$$

где Ц – цена на медицинскую услугу,  
С – себестоимость медицинской услуги.

По порядку отнесения затраты подразделяются на:

- прямые;
- косвенные.

*Прямые* - непосредственно связанные с оказанием услуги, это:

- расходы на оплату труда медицинских работников, выполняющих услуги, и начисления на нее;

- материальные расходы (медикаменты, перевязочные средства, медицинский инструментарий, расходные материалы, одноразовые медицинские принадлежности, питание);

- расходы на амортизацию основных средств;
- прочие расходы.

*К косвенным расходам* учреждения относят все виды расходов, непосредственно не относящиеся к оказанию платных медицинских услуг, это:

- канцелярские и хозяйственные расходы;
- оплата труда административно-хозяйственного персонала и начисления на нее;

- расходы на командировки;
- амортизация основных средств (зданий и сооружений), непосредственно не связанных с оказанием платной медицинской услуги;

- ремонт основных средств (зданий и сооружений), непосредственно не связанных с оказанием платной медицинской услуги;

- прочие расходы.

*Рентабельность* – комплексный показатель оценки экономической деятельности организации. Характеризует эффективность использования ресурсов в процессе производства и реализации продукции.

*Рентабельность реализованных медицинских товаров (услуг)* отражает эффективность текущих затрат и исчисляется как отношение валовой прибыли к полной себестоимости реализованной продукции.

В коммерческой деятельности чаще используют показатель *рентабельность продаж*, как отношение величины прибыли к объему продаж предприятия.

$$R_{\text{продаж}} = \frac{\text{Прибыль}}{\text{ОбъемПродаж}} * 100\%$$

Себестоимость – это один из важнейших экономических показателей, обобщающих деятельность медицинских учреждений. При определении себестоимости любого вида медицинских услуг может быть использована следующая формула:

$$C = Z + O + I + M + B + P + Pr,$$

где: Z – расходы на оплату труда. Это затраты на оплату труда медицинских работников, выполняющих услуги, пропорциональные затраченному времени на их производство. Причем здесь же отражаются и все начисления на заработную плату;

O – стоимость оборудования (основного и дополнительного) с учетом срока службы, то есть результат расчета амортизационных отчислений;

I – стоимость инструментария с учетом срока службы;

M – расходы на медикаменты, реактивы, потребляемые при оказании медицинской услуги;

B – расходы на белье, постельные принадлежности, одежду с учетом условий их использования (на пример, с учетом срока службы и др.);

P – расходы на питание, если таковые есть (услуги стационара) в соответствии с нормативами либо и сложившемся в предыдущем периоде уровню;

Pr – прочие расходы включающие различные хозяйственные расходы, ремонт оборудования, аренда и пр.

На себестоимость медицинских услуг оказывают влияние различные факторы.

С одной стороны, более рациональное использование средств, сокращение сроков лечения, улучшение организации лечебно-диагностического процесса приводит к снижению себестоимости лечения.

С другой стороны, внедрение новой медицинской техники, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование дорогостоящих медикаментов, увеличение затрат на питание, улучшение комфортности пребывания больных способствует увеличению себестоимости лечения.

Анализ себестоимости по отдельным ее элементам расходов позволяет выявить отклонения фактической себестоимости от плановой (базовой) по каждому элементу затрат и детально изучить причины этих отклонений.

Анализ структуры себестоимости позволяет определить *главные направления поиска резервов снижения себестоимости* и разработать организационно-технические мероприятия по их выявлению.

Абсолютное изменение (экономия от снижения) себестоимости услуг в отчетном периоде по сравнению с базисным определяется по формуле:



$$\mathcal{E}_c = C_1 q_1 - C_0 q_1$$

где  $C_0$  и  $C_1$  – себестоимость единицы услуги (продукции) определенного вида в базисном и отчетном периоде

$q_0$  и  $q_1$  – количество выполненных услуг (произведенных единиц продукции) определенного вида в базисном и отчетном периоде в соответствующих единицах измерения.

Состояние, достигнутое в производстве продукции, когда валовая (общая) выручка от ее реализации становится равной валовым затратам на ее производство, *называется точкой безубыточности* (порог рентабельности, точка самоокупаемости, уровень нулевой прибыли)

Расчет точки безубыточности проводится по формуле:

$$Q = \frac{F}{P - V}$$

где  $Q$  – точка безубыточности,

$F$  – постоянные затраты,

$P$  – цена за единицу продукции,

$V$  – сумма переменных затрат на единицу продукции

В краткосрочном временном периоде экономические издержки делятся на постоянные и переменные.

К *постоянным* относятся издержки, не зависящие от объемов производства. Это расходы ресурсов, имеющие постоянную величину вне связи с тем, сколько продукции производит в данный период фирма: затраты на содержание помещений, на оплату штатного управленческого и обслуживающего персонала, амортизационные отчисления, компенсирующие износ оборудования, выплата процентов по привлеченным кредитам. Они обозначаются  $FC$ .

*Переменные издержки* напрямую связаны с объемом производства, в той или иной степени пропорциональны выпуску продукции. Это те виды производственных расходов, которые обусловлены необходимостью возмещения ресурсов, непосредственно затрачиваемых на создание каждой единицы продукции. К переменным издержкам относят расходы на материалы, сырье, энергию, полуфабрикаты, комплектующие изделия, на заработную плату производственного персонала, начисляемую в зависимости от объема производства (сдельную оплату труда), на транспортировку продукции. Переменные издержки обозначаются  $VC$

Максимальная разница между выручкой предприятия и его издержками – это и есть максимальная экономическая прибыль. Объем производства, при котором предприятие ее получает, называется *оптимальным*.

Стремление производителей к получению наибольшей личной выгоды подсказывает им, КАК надо производить. Действуя в рамках, заданных спросом, они могут увеличить свою выгоду лишь путем снижения затрат на производство, поскольку богатство производителя в конечном счете определяется получаемой им прибылью.

Чем меньше затраты на производство, тем (при цене, заданной

столкновением предложения и спроса) больше прибыль. Именно поэтому производитель вводит режим экономии, разрабатывает и внедряет новую технику, и др. стремясь найти наиболее экономичную комбинацию всех факторов производства.

**Инфляция** – сложный, долговременный, саморазвивающийся процесс, который, проявляется в росте общего уровня цен.

**Типы инфляции:**

- *Открытая инфляция* характеризуется постоянным повышением цен и действием механизма адаптивных инфляционных ожиданий. Она может быть:

- инспирирована спросом, т.е. вызвана повышением цен со стороны хозяйствующих субъектов в ответ на возросший спрос;
- инспирирована издержками, т.е. вызвана повышением цен со стороны хозяйствующих субъектов для покрытия более высоких ожидаемых затрат.

- *Подавленная* характеризуется временным замораживанием цен и доходов, установлением предельных цен на продукцию, тотальным административным контролем над ценами.

- *Гиперинфляция* характеризуется очень высоким темпом роста цен, уровень которого может превышать несколько сот процентов в год. При гиперинфляции поведение потребителей определяется стремлением вложить деньги в материальные ценности.

- В зависимости от объекта исследования различают *мировую, национальную, региональную* инфляции.

- *Прогнозируемая и непрогнозируемая* инфляция.

**Стагфляция** – инфляция, сопровождаемая стагнацией производства и высоким уровнем безработицы в стране; одновременное повышение уровня цен и уровня безработицы.

**Безработица** – социально-экономическое явление, при котором определенный контингент экономически активного населения, способного работать и ищущего работу по найму, не имеет возможности трудиться в данный момент.

**Виды безработицы:**

- *фрикционная;*
- *структурная;*
- *сезонная;*
- *циклическая;*
- *технологическая;*
- *региональная.*

Однако подчеркнем, что в большинстве случаев инфляция и безработица исключают друг друга. Объясняется это тем, что инфляция инициируется изначально в период экономического подъема, а безработица возникает в процессе кризиса экономики.

В середине XX в. учеными было выдвинуто предположение о том, что уровень безработицы можно уменьшить, если проявить толерантность к повышению темпов инфляции. Снижение уровня инфляции подразумевает сжатие денежной массы, находящейся в обращении. Ограничить денежную массу можно за счет сокращения государственных инвестиций и повышения процентной ставки по кредитам. Уменьшение инвестиций в производство резко сокращает спрос на рабочую силу и, соответственно, приводит к росту безработицы (меры в комплексе ограничивают совокупный спрос). Безработица растет, а инфляция постепенно снижается. И наоборот, увеличение государственных инвестиций в производство, а также снижение процентных ставок требуют привлечения дополнительной рабочей силы. Попытки смягчения безработицы через систему государственных пособий приводили практически к аналогичному результату. Статистическое исследование этих процессов было проведено в 1950-е гг. английским экономистом А. Филлипсом, результатом было получение функциональной зависимости, впоследствии названной «кривой Филлипса».

#### *Последствия инфляции:*

1. Понижение жизненного уровня населения в виде снижения реальной ценности личных сбережений и/или падения текущих реальных доходов. При этом текущие реальные доходы населения снижаются даже при условии индексации, поскольку компенсация не покрывает уменьшение доходов населения, а при гиперинфляции трудно предугадать уровень роста цен.
2. Эффект инфляционного налогообложения.
3. Падение производства в силу снижения стимулов к труду и расширению производства.
4. Неуправляемая инфляция делает плохо управляемой экономику в целом.

#### **Антиинфляционные меры:**

- стабилизация инфляционных ожиданий;
- денежные ограничения;
- решение проблемы бюджетного дефицита;
- реформа налогообложения;
- структурная перестройка и конверсия военного производства;
- регулирование валютного курса;
- повышение степени товарности экономики;
- приватизация;
- способы увеличения нормы сбережения и уменьшения их ликвидности;
- денежная реформа конфискационного типа.

**Индексация доходов** - пересчет и изменение денежных доходов населения (зарплат, пенсий, стипендий) с учетом динамики розничных цен для полной или частичной компенсации потерь в результате инфляции; одна из форм социальной защиты населения от инфляции.

## Образцы решения типовых задач:

### Задача 1

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 258000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 6880 руб. Рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

#### **Решение**

1. Зная количество оказанных услуг (количество пациентов N) и себестоимость одной оказанной услуги, определим себестоимость оказанных услуг всего (C/c)

$$C/c = C/c \text{ 1 ед.} * N$$

$$C/c = 6880 * 30 = 206400 \text{ руб.}$$

2. С учетом норматива рентабельности рассчитаем цену одной услуги

$$Ц = C + (C * 0,25)$$

$$Ц = 6880 + (6880 * 0,25) = 8600 \text{ руб.}$$

3. Общая прибыль или прибыль до налогообложения (Пр) – это разница между полученным доходом и понесенными затратами на оказание услуг. Нам известен объем оказываемых услуг в денежном выражении (V), это и есть доход. Затраты – это себестоимость всего (C/c).

$$\text{Пр до налогообложения} = V - C/c$$

$$\text{Пр до н} = 258000 - 206400 = 51600 \text{ руб.}$$

4. С полученной прибыли организация уплачивает налог (Н) в размере 20%. После вычета налоговых платежей у предприятия остается чистая прибыль.

Налог на прибыль 20%

$$Н = 51600 * 0,20 = 10324 \text{ руб.}$$

$$\text{Пр чистая} = \text{Пр до н} - Н$$

$$\text{Пр чистая} = 51600 - 10324 = 41280 \text{ руб.}$$

Показатели	Результат
Объем оказываемых услуг	258000
Себестоимость реализованных услуг	206400
Количество пациентов	30
Прибыль до налогообложения	51600
Текущий налог на прибыль	12384
Ставка налога на прибыль	20%
Чистая прибыль (убыток)	41280

Вывод: при цене 8600 руб. за одну услугу, формируемой заданным нормативом рентабельности и понесенными затратами на оказание этой услуги, полученная чистая прибыль от оказания медицинских услуг 30-ти пациентам составила 41280 руб.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с базисным исходя из следующих данных:

базисный период: объем услуг – 2 000 ед.,

себестоимость единицы – 2 000 руб.,

отчетный период: объем оказанных услуг – 2500 ед.,

себестоимость единицы – 3 000 руб.

**Решение**

$$\Delta_c = C_1 q_1 - C_0 q_1$$

$$\Delta_c = 3000 * 2500 - 2000 * 2500 = 2500000 \text{ руб.}$$

Вывод: абсолютное изменение себестоимости услуг в отчетном периоде составило 2500000 руб.

**Задача 3**

В аптеке в среднем 400 000 обращений в год.

Выручка аптеки за 2006 г. составила 10 377,7 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 371,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1487,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году (тыс. руб.).

**Решение**

1) Валовый доход на одно обращение

$$Д = 10377,7 / 400\,000 = 0,0259 \text{ тыс. руб.}$$

2) Удельные переменные затраты (на 1 посещение)

$$\text{Перем. зат} = 371,9 / 400\,000 = 0,0009 \text{ руб.}$$

3) Безубыточный объем продаж

$$Q = \frac{1487,8}{0,0259 - 0,0009} = \frac{1487,8}{0,025} = 59512 \text{ обращений}$$

4) Валовый доход в точке безубыточности

$$Д_Q = 0,0259 * 59\,512 = 1541,4 \text{ тыс. руб.}$$

Вывод: при выручке, равной 1541,4 тыс. руб. прибыль будет нулевой

**Индивидуальные задания к практическому занятию:*****Вариант 1*****Задача 1**

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 58000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 880 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 100 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 500 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 95 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 600 руб.

**Задача 3**

В стоматологическом кабинете в среднем 200 000 обращений в год. Выручка кабинета за 2006 г. составила 10 847,7 тыс. руб.; Переменные расходы за 2006 г. – 317,9 тыс. руб. Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1287,8 тыс. руб. Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

***Вариант 2*****Задача 1**

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 308000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 6800 руб. Рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 200 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 500 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 95 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 600 руб.,

**Задача 3**

В кабинете ультразвуковой диагностики в среднем 108 000 обращений в год.

Выручка кабинета за 2006 г. составила 12 000,7 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 217,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1587,5 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

**Вариант 3****Задача 1**

За фактически отработанный период 40-ка пациентам было оказано платных услуг на сумму 852000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 6880 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 300 ед.,

затраты на оказание единицы услуги 800 руб.,

отчет: количество оказанных услуг – 260 ед.,

затраты на оказание единицы услуги 860 руб.

**Задача 3**

В медицинской организации, с традиционным направлением лечения 265 000 обращений в год.

Выручка организации за 2006 г. составила 9 847,2 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 317,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1287,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году

**Вариант 4****Задача 1**

За фактически отработанный период 20-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 588000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 8680 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 1000 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 5000 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 990 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 6000 руб.

**Задача 3**

В физиотерапевтическом кабинете в среднем 333 000 обращений в год.

Выручка кабинета за 2006 г. составила 8 847,8 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 362,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1287,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году

**Вариант 5****Задача 1**

За фактически отработанный период 20-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 8000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 868 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 3500 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 5000 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 267 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 6000 руб.

**Задача 3**

В кабинете мануальной терапии в среднем 150 000 обращений в год.

Выручка кабинета за 2006 г. составила 7 847,7 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 115,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 987,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.



### **Вариант 6**

#### **Задача 1**

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 345000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 5630 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

#### **Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 5700 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 3500 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 5630 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 3600 руб.

#### **Задача 3**

В аптеке в среднем 236 856 обращений в год.  
Выручка аптеки за 2006 г. составила 5 687,7 тыс. руб.;  
Переменные расходы за 2006 г. – 224,9 тыс. руб.  
Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1287,8 тыс. руб.  
Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

### **Вариант 7**

#### **Задача 1**

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 25 000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 400 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

#### **Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 2120 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 860 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 2210 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 920 руб.

**Задача 3**

В клинико-диагностической лаборатории в среднем 800 000 обращений в год.

Выручка лаборатории за 2006 г. составила 16 600,7 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 417,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1787,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

**Вариант 8****Задача 1**

За фактически отработанный период 30-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 333000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 2220 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 220 ед.,

затраты на оказание единицы услуги 500 руб.,

отчет: количество оказанных услуг – 180 ед.,

затраты на оказание единицы услуги 600 руб.

**Задача 3**

В кабинете рефлексотерапии в среднем 500 550 обращений в год.

Выручка кабинета за 2006 г. составила 10 856,7 тыс. руб.;

Переменные расходы за 2006 г. – 324,9 тыс. руб.

Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1827,8 тыс. руб.

Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

**Вариант 9****Задача 1**

За фактически отработанный период 53-м пациентам было оказано платных услуг на сумму 236200 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 7080 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 630 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 230 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 495 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 260 руб.

**Задача 3**

В кабинете иглоукалывания в среднем 700 020 обращений в год.  
Выручка кабинета за 2006 г. составила 10 231,7 тыс. руб.;  
Переменные расходы за 2006 г. – 327,9 тыс. руб.  
Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1444,8 тыс. руб.  
Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

***Вариант 10*****Задача 1**

За фактически отработанный период 25-ти пациентам было оказано платных услуг на сумму 369000 руб. Себестоимость одной оказанной услуги составляет 3880 руб. При заданном нормативе рентабельности 25% рассчитать цену услуги, полученную прибыль после уплаты налога (ставка налога на прибыль 20%). Данные занести в таблицу.

**Задача 2**

Определите абсолютное изменение затрат на оказание услуг в отчетном периоде по сравнению с плановым исходя из следующих данных:

план: количество оказанных услуг – 215 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 850 руб.,  
отчет: количество оказанных услуг – 412 ед.,  
затраты на оказание единицы услуги 600 руб.

**Задача 3**

В стоматологическом кабинете в среднем 444 000 обращений в год.  
Выручка кабинета за 2006 г. составила 14 847,7 тыс. руб.;  
Переменные расходы за 2006 г. – 312,2 тыс. руб.  
Условно постоянные расходы за 2006 г. – 1288,8 тыс. руб.  
Определить критическую точку безубыточности продаж в отчетном году.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Понятие экономики здравоохранения.
2. Экономика здравоохранения как отраслевая наука и ее разделы.
3. Методология и методы исследования в экономике здравоохранения.
4. Взаимосвязь экономики здравоохранения с другими дисциплинами.
5. Понятие «здоровье» как экономическая и социальная категория.

Общественное значение здоровья.

6. Здоровье как экономический ресурс страны.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. По определению ВОЗ здоровье – это:

- а) отсутствие болезней
- б) нормальное функционирование систем организма
- в) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и дефектов физического развития
- г) состояние организма человека, когда функции его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения

2. Какие факторы оказывают наибольшее влияние на здоровье человека согласно концепции факторов риска?

- а) наследственные
- б) социальные
- в) деятельность сети здравоохранения
- г) факторы окружающей среды

3. Первичным в экономике здравоохранения как отраслевой науке является:

- а) обоснование способов рационального использования кадровых, материальных и финансовых ресурсов;
- б) исследование экономических закономерностей в охране здоровья населения в условиях плановой и рыночной экономики;
- в) оценка экономической эффективности мероприятий по охране здоровья населения.

4. Целью экономической деятельности в здравоохранении является;

- а) достаточный уровень финансирования здравоохранения;
- б) эффективное использование финансовых средств
- в) рациональное использование ресурсов здравоохранения
- г) удовлетворение потребности людей в здоровье, товарах и услугах здравоохранения
- д) все перечисленное составляет цель

5. Система здравоохранения России относится к системам управления

- а) централизованным
- б) децентрализованным
- в) смешанным

6. По мнению экспертов ВОЗ минимальные затраты на здравоохранение в процентах от Валового Национального Продукта должны составлять:

- а) 1-2 %;
- б) 3-4 %;
- в) 5-6 %;
- г) 7-8 %;
- д) 9-10 %.

7. Здоровье для человека

- а) обладает высшей ценностью для человека,
- б) имеет рыночную цену,
- в) относится к товарным категориям,
- г) относится к денежной категории,
- д) является товаром, приобретаемым на рынке медицинских услуг.

8. Экономические методы в управлении здравоохранением базируются на следующих принципах и формах

- а) финансирование
- б) ценообразование
- в) экономическое стимулирование труда
- г) на всех перечисленных принципах и методах.

9. В основу экономической оценки системы здравоохранения должен быть положен анализ

- а) качества медицинской помощи
- б) полученных выгод и затрат
- в) многофакторный системный
- г) все перечисленное.

10. К какому типу систем здравоохранения следует относить Российскую Федерацию с введением закона «О медицинском страховании граждан РФ».

- а) система страхования здоровья, регулируемая государством
- б) частнопредпринимательская система здравоохранения
- в) государственная система здравоохранения
- г) бюджетно-страховая медицина
- д) ни к одному из выше перечисленных.

## **Глава 2 Производственно-экономические отношения в здравоохранении**

### **Тема 2. МЕДИКО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: УЧАСТНИКИ, РЕСУРСЫ, ПРОДУКТЫ.**

Со времен появления человеческого общества существовали самые различные экономические системы. **Экономическая система** – это набор организационных механизмов, с помощью которых распределяются ограниченные ресурсы, для того чтобы удовлетворить потребности людей.

Все многообразие экономических устройств различных стран можно сгруппировать на основные группы:

**Рыночная экономика** – система организации производства и распределения товаров, основанная на частной собственности на факторы производства и на решениях, принимаемых частными лицами и фирмами самостоятельно и независимо друг от друга.

**Командно-административная экономика** – это система организации производства и распределения товаров, основанная на государственной собственности на факторы производства и на решениях, централизованно принимаемых государственными органами экономического управления и навязываемых производителям и торговым организациям.

В реальной действительности преобладает **смешанная экономика**. В такой системе некоторая часть факторов производства принадлежит государству, а правительство принимает некоторую часть экономических решений. В мире существует столько комбинаций рыночного и государственного секторов, сколько существует стран.

*В широком смысле* под понятием **«рынок»** подразумевается рыночная система, основанная на частной форме собственности на факторы производства, предпринимательской деятельности и конкуренции между участниками рыночных сделок.

Возникновение и становление рынка как экономической системы представляет собой длительный исторический процесс, начало которого предопределили два важнейших условия: 1) общественное разделение труда, 2) экономическое обособление товаропроизводителей и появление частной собственности на факторы производства.

Выделяют следующие этапы общественного разделения труда:

первый – это отделение скотоводства от земледелия,

второй – выделение ремесла как самостоятельной отрасли,

третий – появление купечества,

четвертый этап связан с возникновением машинного производства, которое сделало процесс разделения труда бесконечным, непосредственно связанным с достижениями научно-технического прогресса и ростом общественной производительности труда.

Впервые разделение труда было проанализировано *А. Смитом*, который доказал его роль в формировании отношений обмена. Но чтобы обмен состоялся, каждый товаропроизводитель должен быть уверен в возможности компенсации своих усилий и в получении вместо своего товара эквивалентное количество другого. А это возможно, когда участники сделок являются экономически независимыми друг от друга, т.е. обладают частной собственностью на факторы производства и имеют государственно-правовую защиту. В этом случае в масштабе всего общества формируется рынок как экономическая система.

Процесс создания людьми необходимых благ называется *производством*. Для его начала необходимо наличие трех основных факторов производства: труда, земли, капитала.

**Труд**, понимаемый как фактор производства, – это задействованная в производстве рабочая сила – часть населения, которая может и хочет принимать участие в производственной деятельности. Труд – производственный фактор, обычно измеряется количеством работников, занятых в производстве, или количеством рабочего времени, затрачиваемого этими работниками. Платой за использование труда в производственной деятельности является *заработная плата*.

**Земля** как фактор производства понимается в широком смысле как совокупность всех природных ресурсов, вовлекаемых в процесс производства. Это пахотные земли, другие сельскохозяйственные угодья, земельные участки под объектами производственного назначения, полезные ископаемые, водные ресурсы, воздушный бассейн, растительный и животный мир природы. Собственник земли после включения этого фактора в процесс производства получает доход, называемый *рендтой*.

**Капитал** – третий фактор производства. Под ним понимают созданные людьми средства производства, используемые для получения экономического продукта. Это, прежде всего, основные средства в виде производственных зданий, сооружений, оборудования. К капиталу принято относить и производственную инфраструктуру. Объем капитала измеряется как в физическом, так и в денежном выражении. Собственник капитала, авансируемого для производства, получает доход, называемый *процентом*.

Для эффективного соединения указанных трех необходимых факторов и использования в определенной качественной и количественной пропорции необходима деятельность людей, получившая название предпринимательской. **Предпринимательство** называют четвертым фактором производства.

Ресурсы лечебно-профилактического учреждения составляют материальные (объем финансирования и имеющиеся основные фонды) и трудовые. Эффективность использования одних напрямую зависит от эффективности использования других. Так увеличение числа пролеченных больных требует увеличение количества персонала, собственно занятого процессом лечения пациентов и материальной базы, без которой это лечение

невозможно.

**Основные фонды** – совокупность произведенных общественным трудом материально-вещественных ценностей, действующих в течение длительного периода.

К основным фондам относятся: здания, сооружения, машины, оборудование, транспортные средства, инструменты, производственный инвентарь и др. Основные фонды экономики страны представляют собой важнейшую и наиболее быстро возрастающую часть национального богатства. Основные фонды учреждений здравоохранения – средства труда, длительное время используемые в хозяйственной деятельности учреждения (здания, сооружения, оборудование, инструменты, производственный и хозяйственный инвентарь и др.).

Основные фонды медицинского учреждения – это материальная основа его функционирования. В их **структуру** входят активная, пассивная части и прочие основные фонды.

1. *Активная часть* – аппараты, приборы, медицинская техника, инструментарий специального назначения, от которого в значительной степени зависит качество медицинской помощи.

2. *Пассивная часть* – здания, сооружения, передаточные устройства (коммуникации) и др.

3. *Прочие основные фонды* – мягкий инвентарь, транспорт, хозяйственный инвентарь и др.

В структуре основных фондов в целом для экономики страны наибольший вес составляет пассивная часть основных фондов – около 75%, активная часть – около 20%, прочие основные фонды – около 5%.

В медицинских организациях пассивная часть составляет 72%, активная часть – 11%, прочие основные фонды – 17%. В целом по отрасли здравоохранения: пассивная часть – 70,4%, активная часть – 11,2% и прочие основные фонды – 18,4%. Норма активной части должна быть не менее 20%. В зарубежных экономически развитых странах активная часть составляет 30 – 40%.

Основные фонды здравоохранения зачисляются на баланс учреждения по их полной первоначальной стоимости, которая складывается из затрат, на приобретение, транспортировку, монтаж и пр. Для экономического анализа необходима форма годового отчета № 5 «Движение основных средств».

*Основные средства* – основные фонды в денежном выражении. В денежном выражении они отражаются в балансе основных фондов и в бухгалтерском балансе.

Главными показателями использования основных фондов являются: фондовооруженность, фондоотдача и фондоёмкость.

**Фондовооруженность труда персонала** – показатель, характеризующий уровень оснащённости трудовых процессов, величину основных производственных фондов, приходящихся на одного работника



Увеличение фондовооруженности труда – один из важнейших факторов повышения эффективности труда и качества медицинской помощи.

Показатель определяется делением стоимости основных фондов на среднегодовое число работников (медицинский, фармацевтический и прочий персонал).

$$\text{Фондовооруженность труда персонала} = \frac{\text{Стоимость основных фондов на конец года}}{\text{Среднегодовая численность работников}}$$

Второй показатель – *фондовооруженность медицинского персонала* (врачей и средних медицинских работников) активной частью основных фондов. Показатель определяется делением стоимости активной части основных фондов на среднегодовую численность врачей и средних медицинских работников.

$$\text{Фондовооруженность медицинского персонала} = \frac{\text{Стоимость активной части основных фондов}}{\text{Среднегодовое число врачей и средних медицинских работников}}$$

Пример для расчета показателей: в больнице стоимость основных фондов – 2299892 руб., а активная часть – 219 212 руб. Среднегодовое число персонала – 438 чел., из них 60 врачей и 234 средних медицинских работника.

$$\text{Фондовооруженность труда персонала} = 2\,299\,892 : 438 = 5\,251 \text{ руб.},$$

$$\text{фондовооруженность труда медперсонала} = 219\,212 : 294 = 745,6 \text{ руб.}$$

**Фондоотдача** – объем производства продукции на единицу стоимости основных производственных фондов. Это обобщающий показатель эффективности производства и использования основных производственных фондов. Фондоотдача зависит от календарного времени использования основных фондов лечебно-профилактического учреждения, среднего числа занятости койки в году и числа дней функционирования ЛПУ. Имеет значение интенсивность их использования (оборот койки в стационаре и поликлинике, рациональная организация работы медицинского персонала).

Фондоотдача может быть выражена как в **натуральном**, так и в **стоимостном** выражении. Показатель определяется отдельно для поликлиники и стационара. В натуральном выражении фондоотдача определяется отношением числа госпитализированных за год больных в расчете на 1000 руб. основных фондов (по стационару) и числа фактически обратившихся в поликлинику на 1000 руб. основных фондов (по поликлинике).

$$\text{Фондоотдача по стационару} = \frac{\text{Число госпитализированных} * 1000}{\text{стоимость основных фондов по стационару (руб.)}}$$

$$\text{Фондоотдача по поликлинике} = \frac{\text{Число обратившихся в поликлинику} * 1000}{\text{стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)}}$$

Расчет фондоотдачи в стоимостном выражении производится определением суммы текущих затрат на содержание, приходящихся на 1000 руб. основных фондов.

$$\text{Фондоотдача по стационару} = \frac{\text{Затраты на содержание стационара} * 1000}{\text{стоимость основных фондов по стационару (руб.)}}$$

$$\text{Фондоотдача по поликлинике} = \frac{\text{Затраты на содержание поликлиники} * 1000}{\text{стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)}}$$

При анализе работы объединенной больницы (стационар и поликлиника) фондоотдача в стоимостном значении может быть представлена в целом по учреждению, то есть *в сумме по стационару и поликлинике*.

При оценке показателей фондоотдачи следует учитывать, что резкое повышение фондоотдачи может быть связано с перегрузкой стационара (средняя занятость койки превышает число календарных дней в году) или с чрезмерной нагрузкой поликлиники. Такое повышение фондоотдачи не может быть оценено положительно.

**Фондоёмкость** – стоимость основных производственных фондов на единицу объема производства продукции. Эта величина, обратная фондоотдаче: чем выше фондоотдача, тем, при прочих равных условиях, ниже фондоёмкость, и наоборот.

Различают прямую и полную фондоёмкость.

**Прямая фондоёмкость** – определяется как отношение основных фондов данной отрасли (учреждения здравоохранения) к объему производства в денежном выражении.

**Полная фондоёмкость** – учитывает не только основные фонды, непосредственно занятые в производстве продукции отрасли (учреждения), но и те, которые функционировали в отраслях, косвенно участвовавших в производстве данной продукции.

Фондоёмкость определяется отношением стоимости основных фондов стационара, приходящейся на 1000 госпитализированных больных или стоимостью основных фондов поликлиники в расчете на 100 обратившихся в поликлинику.

$$\text{Фондоёмкость (стационар)} = \frac{\text{Основные фонды стационара (руб.)} * 1000}{\text{число госпитализированных}}$$

$$\text{Фондоёмкость (поликлиника)} = \frac{\text{Основные фонды поликлиники (руб.)} * 100}{\text{число обратившихся в поликлинику}}$$

В стоимостном значении фондоемкость означает сумму основных фондов в расчете на рубль произведенных затрат.

Основные фонды (ОФ) отражают состояние материальной базы лечебно-профилактического учреждения (стационара, поликлиники и пр.). Обновление основных фондов характеризуют три показателя:

1. **Коэффициент выбытия** – характеризует интенсивность выбытия основных фондов.

$$\text{Коэффициент выбытия} = \frac{\text{Сумма выбывших основных фондов за год (руб.)}}{\text{стоимость основных фондов на начало года (руб.)}}$$

2. **Коэффициент обновления** - показывает долю стоимости новых основных фондов, вступивших в эксплуатацию в данном периоде, к общей их стоимости на начало года.

$$\text{Коэффициент обновления} = \frac{\text{Сумма введенных основных фондов за год (руб.)}}{\text{стоимость основных фондов на конец года (руб.)}}$$

Эталон обновления основных фондов 12-15%.

3. **Коэффициент накопления** - характеризует процесс пополнения основных фондов учреждения

$$\text{Коэффициент накопления} = \frac{\text{Разница между суммой введения и выбытия ОФ за год}}{\text{стоимость основных фондов на начало года}}$$

**Рентабельность основных фондов** - отношение хозрасчетного дохода к среднегодовой стоимости основных фондов (в %).

$$\text{Рентабельность основных фондов} = \frac{\text{Сумма хозрасчетного дохода в руб. (прибыль)} * 100}{\text{стоимость основных фондов (в руб.)}}$$

$$\text{Производительность труда} = \frac{\text{Доходы от реализации медицинских услуг}}{\text{численность работников, участвовавших в получении этого дохода}}$$

В настоящее время **основными причинами нерационального использования коечного фонда** являются следующие.

1. Недостаточное использование коечного фонда (когда больница в целом или некоторые отделения, работают с недогрузкой). Стоимость содержания незанятой койки составляет 70-75% от стоимости содержания занятой, так как большинство расходов (за исключением расходов на питание и медикаменты) сохраняются. В этих условиях необходимо либо перепрофилирование коечного фонда, либо его сокращение.

2. Высокая средняя длительность пребывания больных в стационаре

(особенно по сравнению с западными странами). Сокращение этого показателя возможно за счет следующих факторов:

- улучшения работы догоспитального этапа (максимальное обследование больных, переход на преимущественно плановую госпитализацию, организация работы дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии, развитие служб реабилитации);
- перепрофилирования стационаров с учетом дифференциации по степени интенсивности ухода и лечения;
- сокращения непроизводительных потерь времени в стационаре (четкое планирование и реализация всех видов обследований и консультаций, что возможно в условиях компьютеризации больницы; отсутствие дублирования в обследованиях; организация работы вспомогательных служб в выходные и праздничные дни; введение механизма материального стимулирования медицинского персонала за сокращение длительности лечения при сохранении его высокого качества).

При интенсификации использования коечного фонда, т. е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки, стоимость койки увеличивается за счет появления дополнительных расходов на питание и медикаменты для больного, а стоимость 1 койко-дня (и лечения 1 больного) сокращается, так как эти статьи расходов занимают небольшой удельный вес в их общей структуре. При снижении показателя динамика противоположна.

**Высшей целью предпринимательской деятельности является достижение возможно большей прибыли или возможно высокой рентабельности.**

Масса прибыли является важным показателем качества работы предприятия. Однако равная прибыль может быть получена при различных затратах материальных и трудовых ресурсов.

**Прибыль** – это абсолютный показатель, обладающий поэтому весьма существенным недостатком: показатели прибыли несопоставимы по различным хозяйствующим субъектам. Прибыль в 100000 руб. одновременно может быть прибылью и многопрофильной медицинской организации, и небольшой специализированной частной клиники. Именно этим объясняется то обстоятельство, что в анализе гораздо большую ценность имеют индикаторы, связанные с прибылью и одновременно являющиеся относительными, т.е. потенциально сопоставимыми в пространственно-временном разрезе показателями.

**Рентабельность** – дословно означает возможность и способность «делать прибыль», т.е. обеспечивать прибыльность.

Относительный уровень прибыли представляет собой рентабельность, которая характеризует конечный результат деятельности предприятия за определённый период и определяется величиной полученной прибыли по отношению к функционирующему капиталу предприятия. *Она означает доходность, прибыльность и экономическую целесообразность производства.*

Рентабельность комплексно отражает степень использования материальных, трудовых и денежных ресурсов, а также эффективность применяемых авансированных средств.

В коммерческой деятельности чаще используют показатель **рентабельность продаж**, как отношение величины прибыли к объему продаж предприятия.

$$R_{\text{продаж}} = \frac{\text{Прибыль}}{\text{Объем продаж}} * 100\%$$

Одним из элементов повышения уровня и качества медицинской помощи населению является расширение сети медицинских организаций создание и расширением крупных медицинских центров, открытие фельдшерско-акушерских пунктов, кабинетов врача общей практики. Для их создания и работы необходимы не только материальные и финансовые ресурсы, но и трудовые. Совокупность лиц медицинских и немедицинских специальностей и профессий, занятых в системе здравоохранения, объединяют понятием «кадры здравоохранения».

Медицинские кадры – совокупность лиц, получивших медицинское образование и квалификацию (звание) в специальных учебных заведениях и допущенных к медицинской и фармацевтической деятельности в установленном законом порядке. Медицинские кадры в соответствии с уровнем и профилем образования и подготовки осуществляют профилактическую, санитарно-просветительную, диагностическую, лечебную, фармацевтическую, организаторскую работу и уход за больными.

**Номенклатура должностей медицинских работников** и фармацевтических работников утверждается соответствующим Приказом Минздрава России «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» от 20 декабря 2012 г. №1183н г. В нем отражены:

#### I. Медицинские работники

- 1.1. Должности руководителей,
- 1.2. Должности специалистов с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врачи),
- 1.3. Должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием,
- 1.4. Должности специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием (средний медицинский персонал),
- 1.5. Иные должности медицинских работников (младший медицинский персонал).

#### II. Фармацевтические работники

- 2.1. Должности руководителей,
- 2.2. Должности специалистов с высшим профессиональным (фармацевтическим) образованием (провизоры),
- 2.3. Должности специалистов со средним профессиональным

(фармацевтическим) образованием (средний фармацевтический персонал),

2.4. Иные должности фармацевтических работников (младший фармацевтический персонал).

Кроме медицинских работников в органах и учреждениях здравоохранения работает значительное количество специалистов немедицинского профиля. К ним относятся биологи, физики, химики, инженеры и техники различной квалификации, бухгалтеры, экономисты и др.

Одним из мероприятий, направленных на обеспечение системы здравоохранения кадрами, является мониторинг кадрового состава, осуществляемый при помощи информационно-аналитической системы «Федеральный регистр медицинских работников». Она содержит информацию об уровне компетенции и квалификации каждого медработника, а также возрастном, тендерном и квалификационном составе работников отрасли, основных показателях, характеризующих кадровый баланс системы здравоохранения. Мониторинг необходим для оценки, анализа и прогноза кадровых изменений, определения объемов подготовки медицинских кадров по конкретным специальностям для каждого субъекта РФ

Начиная с 2014 г. в России предусмотрен поэтапный перевод медицинских организаций на эффективный контракт. Ответственными за данную процедуру являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Эффективный контракт призван обеспечить соответствие роста заработной платы работников повышению качества оказываемых ими услуг (выполняемых работ).

**Эффективный контракт** – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг, а также меры социальной поддержки

Условия получения вознаграждения регламентированы п. 2 Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных Приказом Минтруда России от 26.04.2013 N 167н.

Для анализа кадров медицинских организаций используется информация статистических отчетных форм № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и № 17 «Сведения о медицинских кадрах», которые содержат абсолютные данные о штатных и занятых должностях, физических лицах, а также о числе лиц, имеющих квалификационные категории и сертификаты.

Таблица 2.1 – Перечень основных показателей, используемых для анализа обеспеченности кадрами

№ п/п	Наименование показателей	Алгоритм расчета показателей	Источник информации
1.	Обеспеченность врачами (на 10000 населения)	$\frac{\text{Число врачей на конец года}}{10000} \times \text{Среднегодовая численность населения}$	Ф. ГСН №17, табл. 1000; Росстат
2.	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10000 населения)	$\frac{\text{Число средних медработников на конец года}}{10000} \times \text{Среднегодовая численность населения}$	Ф. ГСН №17, табл. 1001; Росстат
3.	Коэффициент совместительства основных работников	$\frac{\text{Число должностей, занятых основными работниками}}{\text{Число физических лиц основных работников}}$	Ф. ГСН № 30, табл. 1100
4.	Укомплектованность ЛПО медицинскими работниками (в %)	$\frac{\text{Число занятых должностей мед. работников}}{\text{Число штатных должностей мед. работников}} \times 100$	Ф. ГСН №30, табл. 1100
5.	Укомплектованность городских участков (терапевтических, педиатрических) врачами (в %)	$\frac{\text{Число занятых должностей врачей городских участков}}{\text{Число штатных должностей врачей городских участков}} \times 100$	Ф. ГСН №30, табл. 1100
6.	Доля врачей-специалистов и среднего медперсонала (СМП) по отдельным специальностям в общей численности врачей и СМП (в %)	$\frac{\text{Число врачей (СМП) данной специальности}}{\text{Общее число врачей (среднего медперсонала)}} \times 100$	Ф. ГСН №17, табл. 1000, 1001
7.	Доля врачей (среднего медперсонала), имеющих сертификат специалиста (в %)	$\frac{\text{Число врачей (СМП), имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число врачей (СМП) на конец года}} \times 100$	Ф. ГСН №17, табл. 1000, 1001
8.	Доля врачей (среднего медперсонала), имеющих квалификационную категорию, всего (в %)	$\frac{\text{Число врачей (СМП), имеющих квалификационную категорию, всего}}{\text{Число врачей (СМП) всего, на конец года}} \times 100$	Ф. ГСН №17, табл. 1000, 1001

### Индивидуальные задания к практическому занятию:

На основе данных, представленных в вариантах задания, рассчитать следующие показатели использования основных фондов в больнице:

1. Фондовооруженность труда персонала;
2. Фондовооруженность оборудованием;
3. Фондоотдача по стационару,
4. Фондоёмкость по стационару в натуральном выражении;
5. Фондоёмкость по стационару в стоимостном выражении;
6. Фондоёмкость по поликлинике в натуральном выражении;
7. Фондоёмкость по поликлинике в стоимостном выражении;
8. Коэффициент выбытия основных фондов;
9. Коэффициент обновления основных фондов;
10. Коэффициент накопления основных фондов.

#### *Вариант 1*

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	800
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	1100,75
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	712,5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	7275691
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	1021165
6. Число госпитализированных за год	15226
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	4510928
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	1141950
9. Число обратившихся в поликлинику за год	103014
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	821794
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	2764762
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	6956883
13.Сумма выбывших основных фондов за год	301995
14.Сумма введенных основных фондов за год	620804



**Вариант 2**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	1020
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	1470,75
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	884,5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	8568419
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	1764870
6. Число госпитализированных за год	20416
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	5398104
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	1244400
9. Число обратившихся в поликлинику за год	181490
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	1070846
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	3170315
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	7834817
13.Сумма выбывших основных фондов за год	177916
14.Сумма введенных основных фондов за год	911518

**Вариант 3**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	385
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	498,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	439,5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	2453713
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	273656
6. Число госпитализированных за год	6776
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	1632545
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	284592
9. Число обратившихся в поликлинику за год	52721
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	211000
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	821167
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	2300839
13.Сумма выбывших основных фондов за год	61811
14.Сумма введенных основных фондов за год	214685

**Вариант 4**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	470
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	688,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	416,25
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	3987545
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	618900
6. Число госпитализированных за год	8460
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	2312776
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	676800
9. Число обратившихся в поликлинику за год	51920
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	410168
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	1674769
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	3857089
13.Сумма выбывших основных фондов за год	150189
14.Сумма введенных основных фондов за год	280645

**Вариант 5**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	240
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	336,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	212,75
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	1752824
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	134602
6. Число госпитализированных за год	3840
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	1121807
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	226560
9. Число обратившихся в поликлинику за год	25619
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	161399
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	631016
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	1764264
13.Сумма выбывших основных фондов за год	118920
14.Сумма введенных основных фондов за год	107480

**Вариант 6**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	330
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	429,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	379,5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	2046714
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	245527
6. Число госпитализированных за год	5940
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	1371298
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	249480
9. Число обратившихся в поликлинику за год	62816
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	238701
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	675415
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	1904490
13.Сумма выбывших основных фондов за год	56177
14.Сумма введенных основных фондов за год	198401

**Вариант 7**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	800
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	1100,75
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	712.5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	7275691
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	1021165
6. Число госпитализированных за год	15226
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	4510928
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	1141950
9. Число обратившихся в поликлинику за год	103014
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	821794
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	2764762
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	6956883
13.Сумма выбывших основных фондов за год	301995
14.Сумма введенных основных фондов за год	620804

**Вариант 8**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	750
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	1101,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	732.9
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	7376619
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	867739
6. Число госпитализированных за год	15957
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	4600786
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	9486010
9. Число обратившихся в поликлинику за год	87109
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	764392
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	3449109
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	7100189
13.Сумма выбывших основных фондов за год	718500
14.Сумма введенных основных фондов за год	876993

**Вариант 9**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	900
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	1270,0
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	816.0
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	8563254
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	2548365
6. Число госпитализированных за год	17359
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	4346327
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	1264538
9. Число обратившихся в поликлинику за год	19465
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	847386
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	2957387
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	8438205
13.Сумма выбывших основных фондов за год	318466
14.Сумма введенных основных фондов за год	425467

**Вариант 10**

Известны следующие данные по объединенной больнице:

1. Среднегодовое количество коек	330
2. Среднегодовое число всех штатных единиц	429,5
3. В том числе среднегодовое число врачей и среднегодового медперсонала	379,5
4.Стоимость основных фондов, всего на конец года (руб.)	2046714
5. В том числе стоимость оборудования на начало года	245527
6. Число госпитализированных за год	5940
7.Стоимость основных фондов по стационару на начало года	1371298
8.Затраты на содержание стационара (руб.)	249480
9. Число обратившихся в поликлинику за год	62816
10.Затраты на содержание поликлиники (руб.)	238701
11. Стоимость основных фондов по поликлинике (руб.)	675415
12.Стоимость основных фондов на начало года (руб.)	1904490
13.Сумма выбывших основных фондов за год	56177
14.Сумма введенных основных фондов за год	198401

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Потребность в услугах и товарах здравоохранения.
2. Особенности потребления товаров и услуг здравоохранения.
3. Экономические ресурсы здравоохранения.
4. Производственная система и ее действие.
5. Медицинская услуга как вид продукта производства.
6. Взаимодействие участников экономических процессов.
7. Трудовые отношения. Оплата труда медицинских работников.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Назовите основные методы управления медицинской организацией в современных условиях
  - а) административно - распорядительные
  - б) экономические
  - в) социально-психологические
  - г) все перечисленное верно
2. Управленческий цикл (процесс управления) включает следующие элементы
  - а) анализ ситуации
  - б) определение приоритетов
  - в) принятие решения

- г) организацию выполнения решения
- д) все перечисленные элементы

3. Что является экономическим составляющим медицинской услуги

- а) себестоимость,
- б) рентабельность,
- в) эффективность,
- г) методика ценообразования
- д) все вышеперечисленное

4. Факторами производства являются:

- а) труд,
- б) земля,
- в) капитал,
- г) предпринимательская способность,
- д) верно все.

5. Процессы лечения, охраны здоровья являются

- а) производством медицинских услуг,
- б) потреблением медицинских услуг,
- в) удовлетворением потребностей пациентов,
- г) экономическим обеспечением
- д) нет верного ответа.

6. Режим и формы работы медицинского учреждения, нагрузка персонала должны определяться

- а) на федеральном уровне
- б) на уровне субъекта федерации
- в) на уровне муниципального органа управления здравоохранением
- г) на уровне руководителя медицинского учреждения

7. Оперативные задачи кадровой политики медицинского учреждения

- а) прием, перемещение, увольнение
- б) распределение работы (обязанностей)
- в) заключение договоров о материальной ответственности
- г) все вышеперечисленное

8. К основным средствам больницы относятся

- а) медикаменты
- б) транспортные средства
- в) мягкий инвентарь
- г) спецодежда
- д) программы ЭВМ
- е) все перечисленное

9. К нематериальным активам медицинского учреждения относятся

- а) лекарственные препараты
- б) программы ЭВМ
- в) спецодежда
- г) продукты питания
- д) денежные средства
- е) все перечисленное

10. Что не относится к видам экономических продуктов:

- а) продукция,
- б) товар,
- в) услуги,
- г) предпринимательство.

### ***Глава 3 Рынок медицинских товаров и услуг***

#### **Тема 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

Происходящие преобразования в нашей стране закономерно вызывают потребность в изменениях системы здравоохранения, направленных на дальнейшее совершенствование медицинского обслуживания населения.

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных источников, средств работодателей, средств населения. Их соотношение предопределяет модель финансирования отрасли. В настоящее время имеются три такие модели.

1. Бюджетно-страховая модель: здравоохранение финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Это наиболее распространенная модель (Германия, Франция, Швеция, Италия).

2. Бюджетная модель: финансирование осуществляется главным образом за счет бюджетных средств (Великобритания).

3. Предпринимательская модель: финансирование осуществляется за счет продаж населению медицинскими учреждениями медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования (США).

До 1991 г. в нашей стране действовала бюджетная модель, где главным источником были бюджетные средства – до 85%. Вторым источником по объему были средства ведомств и подведомственных им предприятий – около 15%. Эти средства передавались ведомственным медицинским учреждениям. Средства населения как финансовый источник были незначительны.

Экономический кризис 90-х годов привел к недофинансированию отрасли здравоохранения. Стала очевидной невозможность решения проблем финансирования только за счет бюджетных средств, что предопределило переход государственной на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения. К этому же периоду относится и появления платных услуг. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» регламентировало порядок оказания услуг медицинскими учреждениями при наличии у них лицензии, сертификата, в рамках договоров с гражданами или организациями с применением контрольно-кассовых аппаратов.

В 2017 г., по данным оперативной отчетности, населению было оказано платных услуг на 8831,9 млрд. рублей. Удельный вес расходов на оплату услуг в потребительских расходах населения в 2017 г. остался на уровне 2016 г. (21,2%). В структуре объема платных услуг преобладали жилищно-коммунальные услуги, услуги связи и транспортные услуги. На их долю в целом приходилось 62,6% в общем объеме. На медицинские услуги населением было потрачено 591,2 млрд. рублей, на санаторно-оздоровительные 119,9 млрд. рублей, на услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам – 21,0 млрд. рублей. В совокупности доля данного сектора составила 8,3%.

Коренное реформирование здравоохранения в России в течение последних десяти лет, введение системы обязательного и добровольного медицинского страхования неизбежно сопровождаются развитием рыночных отношений в здравоохранении. В то же время отмечается рост расходов на здравоохранение со стороны государства. Расходы на здоровую нацию сейчас – это долгосрочные инвестиции в будущие поколения.

Основными индикаторами экономической эффективности таких финансовых вливаний являются рост продолжительности жизни, увеличение рождаемости и снижение смертности. На макроуровне инвестиции в здравоохранение представляют собой долгосрочные финансовые вложения, приносящие результат не сразу, а постепенно.

По словам министра здравоохранения России В.И. Скворцовой, с 2006 по 2016 годы консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырос в 4,2 раза: с 690 миллиардов до 2,8 триллиона рублей. В федеральном бюджете на 2017 год на медицину было предусмотрено около 337 миллиардов рублей, т.е. 2600 руб. на одного жителя страны. В пояснительной записке к проекту федерального бюджета на 2018-2020 годы говорится, что доля расходов на здравоохранение в общем объеме расходов федерального бюджета в 2018 и 2020 годах по сравнению с 2017 годом (2,7%) увеличится и составит 2,8% и 3,0% соответственно, в 2019 году уменьшится и составит 2,6%. В денежном выражении расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2018 году составят 460 млрд руб., в 2019 году – 428 млрд руб. и в 2020 году – 499 млрд руб. По отношению к объему ВВП



доля расходов раздела «Здравоохранение» составит в 2017, 2018 и 2020 годах 0,5%, в 2019 году – 0,4%.

Рост благосостояния, с одной стороны, и развитие медицинских технологий с другой, способствуют росту количества оказываемых медицинских услуг. Инвестиции, связанные с оказанием медицинских услуг, считаются выгодными в странах с высоким уровнем дохода и развитой рыночной экономикой, поскольку выгоду имеют не только частные инвесторы, вкладывающие свои деньги в создание медицинских организаций и получающие от этого прибыль, но и государство, т.к. здоровый человек, участвуя в создании ВВП, приносит доход, а страна расходует меньше денег на лечение заболеваний и оплату пособий по утрате трудоспособности.

При этом одни виды медицинских услуг требуют больших капиталовложений, например, услуги больниц, санаториев, диагностических центров, а другие, например, услуги массажиста, стоматолога, рефлексотерапевта, могут обойтись относительно небольшим первоначальным капиталом.

Экономика есть также совокупность средств, применяемых при производстве нужных человеку благ, процессы, способы их создания и отношения между людьми в процессе производства, распределения, обмена и потребления благ.

**Потребность** может быть определена как осознанная, объективно существующая необходимость, нужда человека в чем-либо, которая выражается желанием ее удовлетворения. Все то, с помощью чего удовлетворяются потребности, называют *благами*.

Потребности человека многообразны и могут быть классифицированы по различным признакам. Основной из них, определяющий границу изучения в рамках экономической теории, – это способ удовлетворения. Если для удовлетворения потребностей необходимо использовать продукты трудовой деятельности человека, они называются *экономическими*, и блага, которые эти потребности удовлетворяют, также называются экономическими.

Они, в свою очередь, подразделяются на две большие группы в зависимости от характера потребления: производительного (производственного) или личного. Производительно потребляются блага, называемые *средствами производства*. Цель данного потребления заключается в создании новых экономических благ, часть из которых возвращается в сферу производства для производственного использования, другая часть направляется в сферу потребления, в которой удовлетворяются личные потребности человека. Эти блага называют *предметами потребления*.

Несмотря на разнородность и качественную несоизмеримость, все экономические блага обладают одним общим свойством: они ограничены, тогда как человеческие потребности, как правило, не имеют явно выраженного предела. Безграничность потребностей подразумевает

необходимость постоянного возобновления источников их удовлетворения на новом качественном и количественном уровне.

*Экономическая теория* – это наука о том, как люди стремятся использовать ограниченные ресурсы в производстве товаров и услуг, рационально распределяя и обменивая их, пытаясь удовлетворить свои безграничные потребности с целью всестороннего развития способностей и расширения возможностей человека.

*Основная проблема* экономической теории и практики состоит в разрешении противоречий между желанием людей удовлетворить свои безграничные потребности и ограниченностью (редкостью) ресурсов, находящихся в их распоряжении, используемых для данной цели.

Предпринимательство имеет следующие отличительные особенности, позволяющие выделять его в самостоятельный фактор производства:

- это инициативная, самостоятельная деятельность, направленная на соединение всех факторов производства и координирование их использования с целью получения прибыли путем производства необходимых обществу благ;
- люди, занимающиеся предпринимательством ориентируются на рынках товаров, услуг, новых технологий, труда и капитала, умеют приобретать и использовать необходимую информацию в целях достижения высоких результатов;
- деятельность связана с риском потерь своих вложений в производство и возможной некупаемостью усилий, вложенных в новые проекты.

Предпринимательский доход – это *прибыль*, величина которой может быть различной в зависимости от результатов производства.

То, что создается в экономике с использованием факторов производства, называют **экономическим продуктом**. Принято различать следующие виды экономических продуктов:

- а) *продукция* – материально-вещественный формационный продукт, созданный в процессе производства;
- б) *товар* – продукт, являющийся объектом купли-продажи, подлежащий обмену на другой продукт или на деньги;
- в) *услуги* – виды работ и действий, в которых основным полезным результатом служит сама деятельность; к ним относят не только бытовые услуги, но и услуги в сфере образования, здравоохранения, культуры.

Все факторы производства обладают одним общим свойством: так же как и производимые ими экономические блага, они ограничены.

Таким образом, можно сделать вывод о наличии противоречия между ограниченными факторами производства, с помощью которых производятся экономические блага, и неограниченными потребностями людей в этих благах. Разрешение такого противоречия состоит в поиске ответов на вопросы, стоящие перед любым обществом, а именно: *что производить,*

*сколько производить, каким способом и для кого, по какому принципу распределять?*

Ответить на эти вопросы – значит, сделать выбор в пользу какого-либо варианта развития общественного производства, отдав ему предпочтение перед остальными. Такая задача называется *проблемой выбора*. Людям приходится решать, на производство каких экономических благ использовать ограниченные факторы, сколько их произвести и каким образом распределять.

Выбирая один из вариантов использования ограниченных факторов, люди утрачивают возможность их использования по другому назначению, т.е. любой выбор имеет цену, которую принято называть *альтернативными затратами* или «издержками упущенных возможностей». Если альтернативных вариантов несколько, то альтернативные издержки определяются по наилучшему из них.

Альтернативная стоимость товара или услуги – это количество товаров или услуг, от которых приходится отказаться, чтобы приобрести товар или услугу, которым отдано предпочтение. При этом альтернативная стоимость определяется *наилучшим из отвергнутых вариантов*.

Проблема выбора и альтернативной стоимости имеет значение для определения границы производственных возможностей любой экономики. Это можно показать с помощью кривой производственных возможностей, которая является примером моделирования экономики, часто используемую в экономических исследованиях.

При построении кривой производственных возможностей соблюдаются следующие условия:

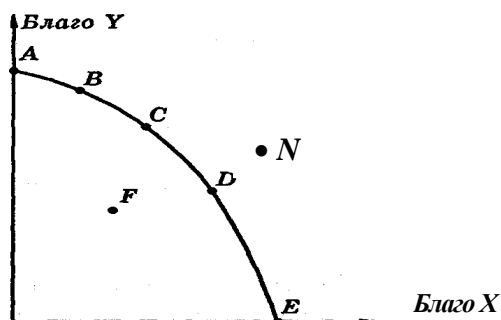
- предполагается, что все ресурсы используются полностью, эффективно и являются в достаточной мере взаимозаменяемыми;
- рассматриваются в качестве альтернативных объемы производства двух благ, в данном примере благо X и благо Y;
- используемые в их производстве факторы ограничены;
- ресурсы не изменяются ни в качественном, ни в количественном выражении.

Каждая точка на кривой производственных возможностей (рис. 3.1) определяет сочетание объемов производства блага X и блага Y при полном и эффективном использовании ограниченных факторов производства. Абсциссы точек на кривой производственных возможностей определяют объемы производства блага X, а ординаты – соответственно, объемы производства блага Y.

Положение точки A определяет максимальный объем производства блага Y при нулевом производстве блага X, положение точки E – наоборот.

Увеличение объемов производства двух альтернативных благ одновременно возможно при увеличении используемых для этой цели факторов или при возрастании их производительности. В этом случае график линии производственных возможностей сдвинется здраво вверх. Если же

сдвиг происходит влево-вниз, то производственные возможности уменьшаются.



Возможности	Благо X	Благо Y
A	0	40
B	10	35
C	20	30
D	30	20
E	40	0

Рисунок 3.1 – Кривая производственных возможностей

Если при неизменном положении кривой производственных возможностей фактическое состояние экономики характеризуется точкой F, находящейся внутри графика, то речь идет о неэффективном или неполном использовании имеющихся возможностей. Выбор объема производства, соответствующий точке F расценивается как неудачный, поскольку он не позволяет эффективно использовать ресурсы. Производство на основе выбора точки N неосуществимо, так как эта точка лежит за пределом производственной возможности.

Кривая производственных возможностей позволяет сформулировать следующие экономические положения:

При полном использовании ресурсов и неизменной технологии увеличение производства одного продукта происходит за счет сокращения производства другого продукта (Закон замещения).

Альтернативная стоимость при принятии любого экономического решения – это цена выбора, стоимость другого решения, которое приносится в жертву первому.

Переключение ресурсов из одной сферы применения в другую обуславливает увеличение альтернативных издержек производства. Это объясняется разной производительностью ресурсов в различных процессах производства.

Теоретические и практические проблемы могут рассматриваться и разрешаться на микро- и макроуровнях. Ученые-экономисты разделяют экономическую теорию на две крупные составные части: макроэкономику и микроэкономику в зависимости от того, насколько укрупнено изучаются экономические объекты и процессы.

**Микроэкономика** – это изучение поведения субъектов экономики, которые заняты выбором вариантов производства, купли-продажи, кредита и т.д. Микроэкономика изучает факторы, определяющие экономический выбор

субъектов и влияние изменений в этих факторах на решения разных людей, взаимодействующих посредством рыночного обмена. Следовательно, микроэкономический анализ рассматривается как часть экономики, которая исследует, во-первых, такие обособленные экономические единицы, как отрасли, фирмы и домашние хозяйства, и, во-вторых, отдельные рынки, конкретные цены и конкретные товары и услуги. Главным объектом микроэкономического анализа является фирма (предприятие), которые образуют в экономике сектор предприятий. В рыночной экономике он принимает форму сектора коммерческих организаций, или предпринимательского сектора.

**Макроэкономика** изучает действие системы хозяйствования в целом, проблемы экономического роста и занятости, возможности и работу хозяйственного механизма, функции государства и вопросы экономической политики. В центре ее внимания размеры и структура национального продукта, организация экономического регулирования, управление инфляцией, сохранение природных ресурсов, поддержание оптимальных темпов производства товаров и услуг. В то время, как микроэкономика рассматривает отдельные фрагменты экономической головоломки, макроэкономика пытается сосредоточиться на всей картине в целом. Макроэкономика изучает общее влияние частных решений на сферу хозяйствования в целом, которое отражается в среднем национальном уровне цен, в общем объеме производства, в уровне занятости и т.д. Микроэкономика, наоборот, занимается определением уровня занятости, производительности, цен на местных или сегментированных рынках (например, на рынке продовольствия).

В макроэкономическом анализе наиболее широко применяются такие показатели, как *валовой внутренний продукт* и *национальный доход*, реже – *чистый национальный продукт*.

Валовой внутренний продукт (ВВП) представляет собой добавленную стоимость всех конечных продуктов и услуг, произведенных в течение года. Промежуточные продукты (их повторный счет) исключаются при исчислении ВВП. В ряде зарубежных стран используется и более ранний макроэкономический показатель – валовой национальный продукт (ВНП). Разница между ВВП и ВНП состоит в следующем:

- ВВП подсчитывается по территориальному признаку, как совокупность продукции сферы материального производства и сферы услуг независимо от национальной принадлежности предприятий, расположенных на территории данной страны;

- ВНП – это совокупная стоимость всего объема продукции и услуг в обеих сферах национальной экономики независимо от местонахождения национальных предприятий (в своей стране или за рубежом). Обычно, чтобы рассчитать ВНП, к показателю ВВП добавляют разность между доходами, полученными предприятиями и физическими лицами данной страны за рубежом, с одной стороны, и доходами, полученными иностранными

инвесторами и иностранными работниками в данной стране, с другой. Эта разность невелика: для ведущих стран Запада – не более 1% от ВВП.

ВВП может быть определен одним из трех методов, путем суммирования:

1) добавленной стоимости по всем отраслям национальной экономики (ВВП по сферам материального производства и производства услуг);

2) всех расходов на покупку общего объема произведенной в данном году продукции (ВВП по расходам) как сумма конечных потребительских расходов на товары и услуги, государственных закупок товаров и услуг, валового накопления, сальдо экспорта и импорта товаров и услуг;

3) всех доходов, полученных в стране от производства продукции в данном году (ВВП по доходам) как сумма оплаты труда, валовой прибыли и чистых налогов.

При этом *добавленная стоимость* – это стоимость, созданная в процессе производства на данном предприятии и охватывающая реальный вклад предприятия в создание стоимости конкретного продукта, т.е. заработную плату, прибыль и амортизацию конкретного предприятия. Таким образом, в состав добавленной стоимости включаются амортизация, заработная плата, прибыль предприятий, полученная ими рента, процент на ссудный капитал, а также чистые налоги, к которым относятся косвенные налоги на товары, услуги и импорт за вычетом государственных субсидий на производство этих товаров и услуг.

Национальный доход (НД) – это вновь созданная за год стоимость, характеризующая, что прибавило производство в данном году к благосостоянию общества. Поэтому при его подсчете, в отличие от ВВП, в него не включаются суммы амортизации, косвенных налогов, государственных субсидий. В практике различают:

- произведенный НД как весь объем вновь созданной стоимости товаров и услуг;
- использованный НД как произведенный НД за вычетом потерь (от стихийных бедствий, ущерба при хранении и т. д.) и внешнеторгового сальдо.

Чистый национальный продукт (ЧНП) – это показатель, полученный путем уменьшения ВВП на сумму амортизационных отчислений, начисленных за год. С помощью этого показателя измеряется общий годовой объем производства товаров и услуг, который страна произвела и потребила во всех секторах своего национального хозяйства. Другими словами, ЧНП показывает размер дохода поставщиков экономических ресурсов за предоставленные им землю, рабочую силу, капитал, предпринимательскую способность, с помощью которых создан этот ЧНП.

**Экономическое развитие** представляет собой многофакторный процесс, отражающий как эволюцию хозяйственного механизма, так и смену на этой основе экономических систем. При этом само развитие происходит неравномерно, включает периоды роста и спада. Экономическая теория

выделяет ряд циклов экономического развития, среди которых наибольшее значение имеют *длинноволновые циклы*, выражающие долговременные колебания экономической активности с периодом около 50 лет («циклы Кондратьева»); *нормальные, или так называемые большие, промышленные циклы* с периодом 8-12 лет и *малые циклы*, или «циклы Китчина», охватывающие 3-4 года. Это тот срок, который необходим для массового обновления основных фондов. В первых двух циклах отмечается четыре фазы: спад, депрессия, оживление и подъем производства – и две точки: пик подъема и пик спада.

*Показателями уровня экономического развития являются:*

- 1) ВВП и НД на душу населения.
- 2) отраслевая структура национальной экономики,
- 3) производство основных видов продукции на душу населения (уровень развития отдельных отраслей),
- 4) уровень и качество жизни населения,
- 5) показатели экономической эффективности.

*Экономический рост* есть составляющая экономического развития. К факторам экономического роста относятся:

- труд,
- земля,
- капитал,
- предпринимательская способность,
- научно-технический прогресс.

Экономический рост может быть интенсивного и экстенсивного типов.

*Интенсивный тип экономического роста* – рост, основанный на качественном совершенствовании и интенсивном использовании факторов производства на базе научно-технического прогресса. Интенсивными факторами роста являются:

- ускорение научно-технического прогресса,
- повышение квалификации работников,
- улучшение использования основных и оборотных фондов,
- повышение эффективности хозяйственной деятельности за счет лучшей ее организации.

*Экстенсивный тип экономического роста* – рост, основанный на количественном увеличении трудовых и материальных ресурсов, вовлекаемых в производство. К экстенсивным факторам роста относятся:

- увеличение объема инвестиций при сохранении существующего уровня технологии,
- увеличение числа занятых работников,
- рост объемов потребляемого сырья, материалов, топлива и других элементов оборотного капитала.

Для решения вопросов ЧТО? КАК? и ДЛЯ КОГО? производить люди создают экономические системы, которые различаются формой собственности на факторы производства и способом принятия решений.

## Индивидуальное задание к практическому занятию:

### Вариант 1.

Перед вами таблица производственных возможностей выпуска двух товаров:

Вид продукта	Производственные альтернативы				
	A	B	C	D	E
I, млн.	0	2	4	6	8
II, тыс.	30	27	21	12	0

а) изобразите данные о производственных возможностях графически. Что показывают точки на кривой?

б) обозначьте точку G внутри кривой и точку H вне кривой. Что показывают эти точки?

в) начертите кривую производственных возможностей для того случая, когда технология производства I товара, а технология производства II товара осталась неизменной.

### Вариант 2.

На рисунке *a* изображена кривая производственных возможностей экономики; она включает два товара медицинского назначения: А и В.

А

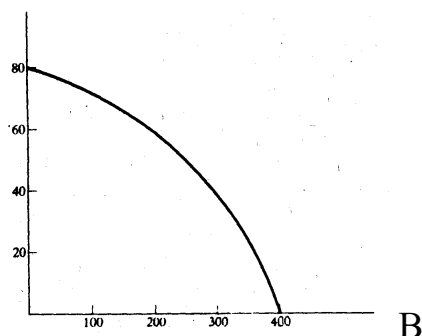


Рисунок *a* – линия производственных возможностей

а) Найдите точки на графике для следующих комбинаций производства этих двух товаров и определите эффективный, неэффективный и невозможный варианты производства:

1. 60 А и 200 В,
2. 60 В и 80 А,
3. 300 В и 35 А,
4. 300 В и 40 А,
5. 58 В и 250 А.

б) Предположим, что в обществе производится 300 В и 40 А, но спрос на А вырос на 20 единиц. На сколько единиц необходимо сократить производство В, чтобы удовлетворить этот рост?



в) На сколько единиц уменьшится производство В, если требуется произвести дополнительно еще 20 А?

### Вариант 3.

Рисунок 6 иллюстрирует общественный выбор между производством общественных благ и товаров индивидуального потребления.

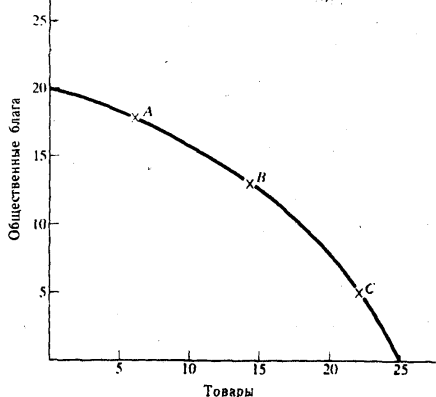


Рисунок 6 – Общественный выбор на линии производственных возможностей

Точки А, В, С характеризуют различную степень участия государства в развитии экономики. Для каждой точки подберите ситуацию, соответствующую ее местоположению на линии производственных возможностей:

- а) Минимальное вмешательство государства в экономику,
- б) Правительство обеспечивает производство большей части общественных благ (социальных услуг) в рамках государственного сектора,
- в) Занимаясь производством общественных благ, правительство в то же время допускает функционирование частного сектора.

### Вариант 4.

Постройте кривую производственных возможностей, исходя из следующих данных:

Варианты	Товар А	Товар В
1	3000	100
2	2000	300
3	500	500

Определите, где будут находиться точки, соответствующие следующим комбинациям:

- а) 1500 А + 250 В,
- б) 2000 А + 350 В,
- в) 2500 А + 200 В.

**Вариант 5.**

Имеются следующие данные об альтернативных возможностях производства двух товаров медицинского назначения при полной занятости ресурсов:

Вид товара	Производственные альтернативы (при полной занятости ресурсов)				
Вариант	А	Б	В	Г	Д
А, сотни тыс.	0	1	2	3	4
В, тыс.	10	9	7	4	0

а) Построить кривую производственных возможностей.

б) Рассчитать альтернативную ценность А и В по всем вариантам. Сделать выводы о динамике.

**Вариант 6.**

Имеются следующие данные об альтернативных возможностях производства двух товаров медицинского назначения при полной занятости ресурсов:

Вид товара	Производственные альтернативы (при полной занятости ресурсов)				
	А	Б	В	Г	Д
А, млн.	0	2	4	6	8
В, тыс.	30	27	21	12	0

а) Изобразить данные графически. Что означают точки А, Б, В, Г, Д на кривой?

б) Предположим, что технология производства В усовершенствовалась, а производства А осталась неизменной. Начертить новую кривую производственных возможностей.

в) Предположим, что технологический прогресс имел место в производстве А. Как это отразится на кривой производственных возможностей? Начертить кривую производственных возможностей, отражающую совершенствование технологии обоих продуктов.

**Вариант 7.**

Фармацевтическая компания располагает тремя линиями производства. На первой возможно производить либо 16 т противосудорожных препаратов,

либо 6 т сердечно-сосудистых препаратов, на второй 30 т и 10 т соответственно, а на третьей 14 т и 5 т.

Определите:

а) максимально возможное производство противосудорожных и сердечно-сосудистых препаратов компанией на трех линиях;

б) альтернативные стоимости производства на каждой линии, при условии, что в данном году отдаётся предпочтение производству противосудорожных препаратов.

### ***Вариант 8.***

Имеются 4 поля используемые под выращивание аптечного сырья. На каждом может выращиваться сырье Ромашка или Календула. Поля, расположенные ниже, лучше использовать под Календулу, а более высокие – под Ромашку. Некоторые сочетания производства Ромашки и Календулы приведены в таблице:

Количество полей под Календулой	Календула	Ромашка
4	1000	0
3	900	400
2	600	700
1	300	900
0	0	1000

Используя эти данные построить кривую производственных возможностей для Ромашки и Календулы. Какова альтернативная стоимость 1 тонны Ромашки, выраженная в Календуле, если для производства Ромашки используется только одно верхнее поле? Как изменяется альтернативная стоимость Ромашки при увеличении числа используемых для нее полей?

### ***Вариант 9.***

Фермер имеет пять полей, каждое из которых однородно, хотя их продуктивность неодинакова. Поля используются под солодку и пустырник. Производственные возможности фермера по полям:

- 1) или 15 т солодки или 3 т пустырника;
- 2) или 20 т солодки или 4 т пустырника;
- 3) или 5 т солодки или 1 т пустырника;
- 4) или 25 т солодки или 5 т пустырника;
- 5) или 60 т солодки или 12 т пустырника.

Охарактеризуйте поведение (форму) кривой производственных возможностей фермера, если в данном году он будет выращивать пустырник.

**Вариант 10.**

Даны следующие координаты точек, характеризующие деятельность предприятия: (22000 А; 0 Б), (0 А; 9900 Б), (9000 А; 6900 Б), (14000 А; 4400 Б). Постройте кривую производственных возможностей предприятия и определите альтернативные возможности при условии, что возможно производство товаров а) либо 9000 А, либо 3000 Б, б) 5000 А или 2500 Б, в) 8000 А или 4400 Б.

#### **Тема 4. МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОДВИЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТОВАРОВ И УСЛУГ НА РЫНОК**

Возникновение маркетинга относится к началу XX века, именно в это время появляются первые попытки осмысления данной проблемы. Появлению маркетинга способствовали рост издержек производства, снижение качества продукции, обострение конкуренции. Однако основной движущей силой стал кризис перепроизводства конца XIX века, толкнувший предприятия к поиску нового подхода к управлению товаропроизводством.

В 1902 году в некоторых университетах США впервые введен лекционный курс по проблемам товарного продвижения, получивший название «маркетинг» (от англ. «market» - рынок, рыночная деятельность). В 1926 году учреждена Национальная ассоциация маркетинга и рекламы в США, которая после нескольких переименований с 1979 года именуется Американской маркетинговой ассоциацией (АМА). В 50-е годы большинство крупных американских, а затем и западноевропейских компаний ставят свою деятельность в соответствии с теорией маркетинга.

Более консервативными в этом отношении оказались врачи и фармацевты. Лишь в 1962 году была впервые прочитана лекция по маркетингу в фармацевтическом колледже Техасского университета. В 1966 году в США создается Институт торговых медицинских агентов, в котором стали готовить специалистов для отделов маркетинга медицинских и фармацевтических организаций. В начале 80-х годов вопросы маркетинга преподаются в образовательных учреждениях стран Восточной Европы. В России эта проблема начинает изучаться только с конца 80-х годов.

Для восприятия сути маркетинга необходимо рассмотреть следующие основные понятия:

**Нужда** - чувство ощущения человеком нехватки чего-либо. Нужды могут быть физиологическими (пища, одежда, тепло, безопасность), социальными (духовная близость, привязанность), личными (нужда в знаниях, самовыражение). Нужда, достигшая достаточно высокого уровня интенсивности, становится мотивом, заставляет человека искать пути и способы ее удовлетворения. Нужда является исходной идеей маркетинга.

**Потребность** – нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида. Потребности выражаются в объектах, способных удовлетворить нужду тем способом, который присущ культурному укладу данного общества. По мере прогрессивного развития данного общества растут и потребности людей, его составляющих. Производители, со своей стороны, пытаются сформировать связь между своей продукцией и нуждами людей.

**Запрос** – это потребность, подкрепленная покупательной способностью. Учитывая, что потребности людей безграничны, а ресурсы для их удовлетворения ограничены, человек будет выбирать тот товар или услугу,

совокупность свойств которых обеспечивает ему наибольшее удовлетворение за данную цену.

**Товар (услуга)** – все, что может удовлетворить потребность или нужду и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления. Все товары или услуги, способные удовлетворить ту или иную нужду, называются товарным ассортиментом выбора. Товар (услуга), способные полностью удовлетворить потребность, называются «идеальными».

Период, в течение которого товар покупается на рынке, называется **жизненным циклом товара**. Он распадается на следующие основные фазы (стадии):

1. *Внедрение* – фаза появления нового товара на рынке. Цель маркетинга на этой стадии заключается в создании рынка нового товара.

2. *Рост спроса* – фаза признания покупателем товара и быстрого роста спроса на него. Цель маркетинга в этот период - расширить сбыт и совокупность модификаций товара.

3. *Зрелость (стабилизация)* – фаза постепенного удовлетворения спроса на данный товар. Цель маркетинга в эту фазу - сохранить преимущественное положение товара на рынке как можно дольше путем увеличения расходов на рекламу, повышение качества товара, улучшение сервиса или же путем снижения цены.

4. *Спад* – фаза резкого снижения объемов продаж, а затем и прибыли. Маркетинговая деятельность в этих условиях направлена на расширение рекламы, методов сбыта и др., или же производитель вообще отказывается от производства потерявшего популярность товара.

**Обмен** – акт получения от кого-либо желаемого объекта с предложением чего-либо взамен. Обмен – основное понятие маркетинга как научной дисциплины. Для совершения обмена необходимо соблюдение следующих условий:

- сторон должно быть как минимум две;
- каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представить ценность для другой стороны;
- каждая сторона должна быть способной к осуществлению коммуникации своего товара;
- каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны;
- каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороной.

**Сделка** – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами – это действия физических и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав или обязанностей. Сделка является основной единицей измерения в сфере маркетинга. Если при обмене ценностей фигурируют деньги, то такая сделка называется финансовой. При бартерной сделке могут обмениваться услуги, готовая продукция и даже

идеи. Сделка, как и обмен, предполагает наличие нескольких *условий*:

- по меньшей мере двух ценностно значимых объектов;
- согласованных условий ее осуществления;
- согласованного времени совершения;
- согласованного места проведения;

Как правило, условия сделки поддерживаются и охраняются действующим законодательством.

**Рынок** – система хозяйственных связей между производителями и потребителями товаров и услуг, с одной стороны, и внутри групп производителей, - с другой. В более узком смысле рынок представляет собой сферу обмена конкретных товаров и услуг или их групп, объединенных общими признаками и служащих удовлетворению одной и той же потребности. Огромную роль при этом играет развитие средств связи и телекоммуникации. В современной концепции маркетинга изучению рынка придается особое значение. Эти исследования служат основой разрабатываемой стратегии и тактики целенаправленной товарной политики, необходимы для оценки существующей конъюнктуры и определения прогноза развития данного рынка.

**Маркетинг** – это работа с рынком ради осуществления обменов, цель которых - удовлетворение человеческих нужд и потребностей. Основу маркетинга составляет двуединый и взаимодополняющий подход. С одной стороны, это тщательное и всестороннее изучение рынка, спроса, вкусов и потребностей, ориентация производства на эти требования, а с другой, - активное воздействие на рынок, существующий спрос, на формирование потребностей и покупательских предпочтений. Главными функциями маркетинга являются: комплексное изучение рынка, планирование ассортимента товаров и услуг, налаживание коммуникации, установление цен, развертывание службы сервиса, организация и управление производством. В своем современном виде маркетинг может быть применим лишь при следующих *обстоятельствах*:

- насыщении рынка товарами («рынок покупателя»),
- острой конкуренции,
- свободных рыночных отношениях,
- полной самостоятельности в выборе целей фирмы, управленческих структур и форм поощрений, в распределении средств и др.

Для маркетинга характерны свои *специфические функции*, такие как:

- 1) комплексное исследование рынков здравоохранения, включая анализ и прогноз конъюнктуры;
- 2) анализ производственных возможностей медицинского учреждения и формирование сбытовой политики;
- 3) формирование комплекса медицинских услуг;
- 4) формирование ценовой политики (выбор методики ценообразования);
- 5) формирование спроса и стимулирование сбыта;

6) формирование структур маркетинговых служб медицинских учреждений;

7) контроль деятельности медицинских учреждений в условиях рынка медицинских услуг и оценка ее эффективности.

Основными субъектами маркетинга являются:

1. производитель или обслуживающая организация,
2. оптовая торговля,
3. розничная торговля,
4. специалисты по маркетингу,
5. организации-потребители,
6. конечные потребители товаров (услуг).

**Маркетинговые исследования** – систематическое определение данных, необходимых в связи со стоящей перед организацией маркетинговой ситуацией, их отбор, анализ и отчет о результатах.

Исследователи маркетинга обычно решают следующие задачи: изучение характеристик рынка, замеры потенциальных возможностей рынка, анализ распределения долей рынка между организациями, анализ сбыта, изучение тенденций деловой активности, изучение товаров конкурентов, краткосрочное прогнозирование, изучение реакции на новый товар и его потенциал, долгосрочное прогнозирование, изучение политики цен.

Эти исследования проводятся двумя методами:

- *метод экспертных оценок*, когда требуемая информация получается путем изучения мнения экспертов по предлагаемым вопросам.

- *метод социологических исследований*. Например, поликлиника хочет знать, положительно ли настроены к ней пациенты, живущие на территории обслуживания. Необходимо получить информацию, которая позволила бы в результате проведенного исследования принять правильное решение.

Технология проведения маркетингового исследования выглядит следующим образом:

- 1 этап - выявление проблем и формирование целей исследования;
- 2 этап - отбор источников информации;
- 3 этап - сбор информации;
- 4 этап - анализ собранной информации;
- 5 этап - представление (презентация) полученных результатов.

**Процесс управления маркетингом** – это анализ, планирование, претворение в жизнь и контроль за проведением мероприятий, рассчитанных на установление, укрепление и поддержание выгодных обменов с целевыми покупателями ради достижения определенных задач организации (получение прибыли, рост объема сбыта, увеличение доли рынка и др.). Управляющий по маркетингу (маркетолог) – это должностное лицо, функциональный менеджер, занимающийся анализом маркетинговой ситуации, претворением в жизнь намеченных планов и осуществляющий контрольные функции.

Главная задача управления маркетингом заключается в воздействии на уровень и характер спроса таким образом, чтобы это помогало организации в



достижении стоящих перед ней целей. В зависимости от вида спроса маркетинг меняет свои задачи (Ф. Котлер):

1. *Отрицательный спрос* формируется на медицинские услуги, сопровождающиеся болевыми ощущениями или не дающие сиюминутной выгоды пациентам. Задача маркетинга (*конверсионного*) - проанализировать неприязнь рынка к услуге и создать программу по стимулированию потребителя к этой услуге.

2. *Отсутствие спроса* - незаинтересованность или безразличие к медицинской услуге. Задача маркетинга (*стимулирующего*) - отыскать способы увязки выгод товара с потребностями покупателей.

3. *Скрытый спрос* формируется при сильном желании покупателей, которое невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке товаров и услуг. Задача маркетинга (*развивающего*) - оценить величину потенциального рынка и создать эффективные товары и услуги, способные удовлетворить спрос.

4. *Падающий спрос* формируется при снижении заинтересованности покупателей в предлагаемых товарах и услугах. Задача маркетинга (*ремаркетинга*) – обратить вспять тенденцию падения спроса благодаря творческому переосмыслению подхода к предложению товаров и услуг.

5. *Нерегулярный спрос* - сезонное, ежедневное и даже почасовое изменение заинтересованности покупателей в товарах и услугах, что создает проблемы недогрузки и перегрузки работников. Задача маркетинга (*синхромаркетинга*) - изыскать способы сглаживания в распределении спроса по времени с помощью гибких цен, мер стимулирования и др.

6. *Полноценный спрос* - ситуация, когда торговая организация удовлетворена своим торговым оборотом. Задача маркетинга (*поддерживающего*) – сохранить существующий уровень спроса.

7. *Чрезмерный спрос* - состояние превышение заинтересованности потребителей в товарах и услугах над возможностями ее удовлетворения. Задача маркетинга (*демаркетинга*) - изыскать способы постоянного или временного снижения спроса.

8. *Нерациональный спрос* - повышенная заинтересованность потребителей в товарах и услугах, вредных для здоровья и безопасности других людей. Задача маркетинга (*противодействующего*) - убедить приверженцев этих товаров и услуг отказаться от них путем резкого повышения цен и ограничения их доступности.

Существуют следующие основные подходы, на основе которых организации строят свою маркетинговую деятельность:

1. *Концепция совершенствования производства* утверждает, что потребители будут благожелательны к товарам, которые широко распространены и доступны по цене, а значит, руководство должно сосредоточить свои усилия на совершенствовании производства.

2. *Концепция совершенствования товара* утверждает, что потребители будут благосклонны к товарам и услугам, предлагающим наивысшее

качество, а значит, организация должна сосредоточить свои усилия на постоянном совершенствовании товара.

3. *Концепция интенсификации коммерческих усилий* утверждает, что потребители не будут покупать товар в достаточном количестве, если не предпринять значительных усилий в сфере стимулирования сбыта.

4. *Концепция маркетинга* утверждает, что залогом успеха является определение нужд и потребностей целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными, чем у конкурентов, способами.

5. *Концепция социально-этичного маркетинга* утверждает, что задачей организации является установление нужд и потребностей целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными, чем у конкурентов, способами с одновременным сохранением и укреплением благополучия потребителя и общества в целом.

В рамках избранной концепции организация непосредственно осуществляет процесс управления маркетингом, который состоит из следующий этапов:

1. *Анализ рыночных возможностей:*

- проведение маркетинговых исследований и сбор информации,
- оценка маркетинговой среды и рыночных возможностей.

Этот этап включает изучение товара (услуги), рынка, покупателей, конкурентов, правовых аспектов торговли на данном рынке.

2. *Отбор целевых рынков:*

- замеры объемов спроса,
- сегментирование рынка и выбор целевых сегментов,
- позиционирование товара (услуги) на рынке.

3. *Разработка комплекса маркетинга* - это набор поддающихся контролю переменных факторов маркетинга, совокупность которых организация использует в своем стремлении вызвать желаемую ответную реакцию со стороны целевого рынка:

- разработка товара (услуги),
- установление цены,
- выбор методов распространения товаров (услуг),
- разработка системы стимулирования сбыта.

4. *Претворение в жизнь маркетинговых мероприятий:*

- выбор стратегии развития организации,
- кратко- и долгосрочное планирование деятельности,
- разработка системы контроля выполнения маркетинговых мероприятий.

Определив, какой существует спрос и предложение на товары или услуги, необходимо провести **рыночную сегментацию**, то есть рассмотреть рынок в зависимости от групп потребителей, продавцов (конкурентов), а также от ассортиментного состава товаров или услуг.

**Сегмент рынка** – это особым образом выделенная часть рынка, какая-либо группа потребителей, товаров (услуг) или организаций, обладающих

общими признаками.

В основе проведения сегментации лежат следующие *критерии*:

1. *Количественные* параметры сегмента: объем товаров (услуг), который может быть произведен и реализован; число потенциальных покупателей; территория, на которой они проживают и т.д.

2. *Доступность* сегмента для организации – наличие возможности получить каналы продвижения реализуемой продукции.

3. *Существенность* сегмента – определение того, насколько реально ту или иную группу покупателей можно рассматривать как сегмент рынка, насколько она устойчива по основным объединяющим признакам.

4. *Прибыльность* – с помощью этого критерия определяют, насколько рентабельной будет для организации работа в выделенном сегменте рынка, используя такие показатели, как, доход на вложенный капитал, размер дивидендов на акцию, величина прироста прибыли организации.

5. *Совместимость* сегмента с рынком основных конкурентов.

6. *Защищенность* выбранного сегмента рынка от конкурентов.

Наиболее значимым объектом сегментации рынка является его деление по группам потребителей, поскольку это именно те фрагменты рынка, где организации предстоит работать и достигать поставленные цели маркетинговой деятельности. Сегментирование рынка по потребителям проводится с учетом таких признаков, как:

- демографический (пол, возраст);
- географический;
- психографический (образ и стиль жизни, тип личности и интересы);
- уровень образования;
- уровень доходов;
- по роду занятий;
- по семейному положению и размеру семьи;
- по поведению на рынке (степень нуждаемости в продаваемых товарах и услугах, степень чувствительности потребителей к условиям продаж, степень готовности к восприятию предлагаемой продукции, степень приверженности к ней).

Благополучие организации на рынке зависит не только от противоборства комплексов маркетинга, применяемых ею и ее конкурентами, но и от тенденций и событий, имеющих место в окружающей организацию среде. Маркетинговой средой называется совокупность активных субъектов и сил, действующих за пределами организации и влияющих на возможности руководства службы маркетинга устанавливать и поддерживать с целевыми клиентами отношения успешного сотрудничества. Она складывается из микро- и макросреды.

**Маркетинговая микросреда** представлена силами, имеющими непосредственное отношение к самой организации и ее возможностями по обслуживанию потребителей, т.е. поставщиками, маркетинговыми посредниками, клиентами, конкурентами и контактными аудиториями. В

учреждении здравоохранения она состоит из администрации, планово-финансовой службы, службы маркетинга, инновационного отдела, бухгалтерии, службы материально-технического снабжения и непосредственных производителей медицинских услуг (медицинских работников).

**Маркетинговая макросреда** представлена силами более широкого плана, которые оказывают влияние на микросреду, такими, как факторы демографического, социально-гигиенического, экономического, экологического, научно-технического, политического и культурного характера.

**Услуга** – это объект нематериального характера, предназначенный для удовлетворения нужд и потребностей покупателей.

Услуга, в том числе медицинская, представляет собой материальное производство с получением его невещественного продукта. В экономическом аспекте этого отношения имеет место производство и потребление услуги субъектами такого отношения, т.е. производителем и потребителем (клиентом). В юридическом смысле указанные стороны представлены, соответственно, как исполнитель (медицинский хозяйствующий субъект) и заказчик (гражданин). В профессиональном плане стороны представляют медицинский работник (учреждение здравоохранения) и пациент.

Медицинская услуга представляет собой разновидность профессиональных услуг. Законом предъявляются повышенные требования к квалификации ее исполнителя. Законодательство устанавливает специальную правоспособность не только для хозяйствующего субъекта, осуществляющего такую деятельность, но и для исполнителя услуг.

На этом основывается порядок выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности и сертификатов, подтверждающих профессионализм исполнителя медицинских услуг. К медицинской деятельности допускаются врачи и медицинские сестры соответствующей квалификации.

Ряд авторов, среди которых и В.А. Медик, в классификации медицинских услуг учитывают и другие характеристики.

- неосвязаемость;
- неотделимость от источника получения услуг;
- несохраняемость;
- вариабельность качества оказываемой медицинской услуги;
- неоднозначность оценки результата медицинской услуги;
- медицинская услуга – это продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента).

**Неосвязаемость**, неуловимость или нематериальный характер медицинских услуг. Обследование, например, вообще невозможно транспортировать, хранить и упаковывать. А продемонстрировать, увидеть, попробовать, или изучать их нельзя до получения этих услуг.

При этом оценить медицинские услуги можно только после их

получения, да и то с трудом. Неосвязаемость медицинских услуг вызывает проблемы, как у их продавцов, так и у покупателей.

**Неразрывность производства и потребления.** Производство и потребление медицинских услуг тесно взаимосвязано и не может быть разорвано во времени. При этой неразрывной взаимосвязи степень контакта между продавцом и клиентом может быть различной.

**Неспособность услуг к хранению.** Специфика производства медицинских услуг заключается в том, что в отличие от товаров, услуги нельзя произвести впрок и хранить. Оказать услугу можно только тогда, когда поступает заказ или появляется клиент.

**Изменчивость качества или неоднородность.** Неизбежным последствием одновременности производства и потребления медицинской услуги является изменчивость ее исполнения.

Медицинская услуга – это продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента). Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий врача и желания пациента получить пользу, с реально ощутимым восприятием от ее потребления. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения врача. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, нездоровый образ жизни, неточно представленная больным информация о начале заболевания и его симптомах также могут стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Перечисленные присущи услугам характеристики необходимо учитывать при разработке маркетинговых программ.

1. **Неосвязаемость.** Для укрепления доверия к себе со стороны клиентов может быть принят ряд конкретных мер:

- повысить осязаемость своей услуги (показать фотографии после оказания услуги),
- акцентировать внимание покупателя на выгодах услуги,
- придумать марочное название услуги,
- привлечь к пропаганде своей услуги какую-либо знаменитость.

2. **Неотделимость от источника.** Существует несколько стратегических подходов к преодолению этого ограничения:

- научиться работать с более многочисленными группами клиентов,
- подготовить большее число поставщиков услуг,

3. **Непостоянство качества,** которое может быть преодолено путем:

- привлечение и обучение по-настоящему хороших специалистов,
- постоянного слежения за степенью удовлетворенности клиентов с помощью системы жалоб и предложений, опросов и проведения сравнительных покупок.

4. **Несохраняемость** – требует разработки стратегии, обеспечивающей более жесткое согласование между спросом и

предложением:

- установление скидок и других стимулов,
- введение системы предварительных заказов на услуги, для обслуживания дополнительного потока клиентов в пиковый период необходимо обучить персонал совмещению функций, нанимать временных сотрудников.

Организации, занимающиеся маркетинговой деятельностью в сфере услуг, строят свою работу по следующим *направлениям*:

1. *Маркетинг организаций* – это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержания или изменения позиций и/или поведения целевых аудиторий по отношению к конкретным организациям (медицинским учреждениям).

2. *Маркетинг отдельных лиц* – это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержания или изменения позиций и/или поведения целевых аудиторий по отношению к конкретным лицам (специалистам-медикам).

3. *Маркетинг мест* – это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержания или изменения позиций и/или поведения, касающихся к конкретным мест (рекреации и лечения).

4. *Маркетинг идей* – это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержания или изменения позиций и/или поведения целевых аудиторий по отношению к конкретным программам (кампании по борьбе с курением, алкоголизмом и др.).

**Общественный (социальный) маркетинг** – это разработка, претворение в жизнь и контроль за выполнением программ, имеющих целью добиться восприятия определенной общественной группой какой-либо идеи или движения. Основными принципами социального маркетинга в здравоохранении являются ориентация на потребителя и соблюдение добровольного обмена. Целевым группам населения предлагается поменять свои время, деньги, умственные и физические усилия, образ жизни и др. на более высокое качество жизни, самоуважение, общее ощущение бытия, лучшее самовосприятие, увеличение социальной контактности.

**Медицинская услуга** – это товар, имеющий ценность для человека из-за своей способности удовлетворять его потребности в поддержании личного здоровья и являющийся средством решения проблем, возникающих из-за неудовлетворительного здоровья.

**Рынок медицинских услуг** – совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, фармакологических средств, методов организации медицинской деятельности, реализуемой в условиях конкурентной экономики. Рынок медицинских услуг отличается от стандартного конкурентного рынка рядом специфических *особенностей*:

- ограниченность числа продавцов, возможны ситуации,
- близкие к естественной монополии;
- преобладание на рынке либо государственных, либо

бесприбыльных организаций;

- неоднородность предлагаемых услуг;
- несовершенство информации об услугах;
- невозможность или затруднительность сопоставления цены и качества услуги;
- в большинстве случаев требуется участие посредника, оплачивающего часть расходов в связи с их относительно высокой ценой.

Для эффективного функционирования медицинской организации в рыночных условиях необходима целостность и целевая ориентация лечебно-профилактической деятельности.

Этого можно достичь путём:

- планирования;
- анализа спроса потребителей и предложения на амбулаторное и больничное обслуживание;
- соответствия производительных мощностей отрасли реальным платежеспособным потребностям населения в лечебно-профилактических и диагностических услугах;
- создания условий реализации услуг;
- повышением эффективности использования имеющихся ресурсов;
- изыскания новых видов услуг и ресурсов;
- корректировки ценовой политики.

Все эти элементы лечебно-профилактической деятельности - единый технологический процесс, осуществлением которого занимается маркетинг.

Тогда становится понятным, что **медицинский маркетинг** – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от ее производителя (врача, медицинской сестры, любого медицинского работника) к потребителю (пациенту); это и социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги путем их разработки, продвижения и реализации.

Американская медицинская ассоциация определяет **медицинский маркетинг** как «комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского назначения) к потребителям, а также процессом их реализации».

Маркетинг медицинской помощи, как и любой другой вид маркетинга, состоит из:

- а) маркетинга продукта (лекарственных средств и медицинских инструментов);
- б) маркетинга медицинских и фармацевтических услуг.

Маркетинг медицинской помощи, как фармацевтический, санитарно-эпидемиологический, так и прочие его отраслевые типы является составной

частью *маркетинга здравоохранения* как концептуальной формы социального маркетинга.

*Маркетинговые принципы здравоохранения* могут быть представлены в следующем виде:

1) всестороннее научно-практическое исследование всех типов здравоохранительных рынков (медицинских учреждений, специалистов, медицинских услуг, пациентов и т.д.), экономический анализ конъюнктуры, т.е. результата взаимодействия факторов и условий, определяющих структуру, динамику и соотношение спроса и предложения медицинских услуг, а также производственно-сбытовые возможности медицинского учреждения;

2) сегментация рынка, т.е. выявление наиболее благоприятных условий на рынке в целях выбора варианта ориентации производственно-сбытовой политики (по возрастно-половому принципу, по профессиональной принадлежности, по демографическим признакам, по заболеваемости, обращаемости и т. д.);

3) гибкое реагирование производства и сбыта медицинских услуг на требования активного и потенциального спроса, т.е. на требования в диагностике, лечении, реабилитации, динамическом наблюдении и профилактике;

4) внедрение новых форм организации труда и управления, которое позволит охватить не только отдельные учреждения, но и отрасль в целом;

5) планирование, т.е. деятельность медицинского учреждения, направленная на рост сбыта и достижение финансовых результатов, слагающееся из стратегического планирования и планирования маркетинга (планирование мощностей, кадровое планирование, планирование видов, объемов и качества медицинской помощи и т. д.).

*Основными этапами маркетинга в здравоохранении являются:*

1. Изучение, анализ содержания и структуры потребностей в медицинских услугах, лекарственных средствах, инструментарии и оборудовании, удовлетворяемых лечебно-профилактическим учреждением, страховой медицинской организацией и др.

2. Выявление основных тенденций изменения спроса на услуги, изделия и товары медицинского назначения.

3. Разработка стратегии действий, позволяющей поддерживать уровень спроса на оказываемые услуги, производимые товары, а также заинтересованность производителя удерживать за собой определенную часть рынка сбыта.

4. Разработка оперативных и тактических планов действий в конкретной санитарно-демографической ситуации в зависимости от спроса, конъюнктуры рынка медицинских услуг, реальных возможностей организации.

5. Непосредственное осуществление текущих и долгосрочных лечебно-профилактических, санитарно-экологических и прочих



мероприятий, обеспечивающих удовлетворение потребностей пациентов и повышение их интереса к предлагаемым услугам, изделиям, товарам.

6. Повышение эффективности и качества оказываемой медицинской помощи, рентабельности за счет тесного контакта и обратной связи с потребителями медицинских услуг, восприятия их запросов, а также привлечение новых клиентов.

Если говорить о маркетинге в целом, это комплекс мероприятий, объединяющий продукт, цену, место продажи, людей, взаимодействие между ними в ходе реализации товаров или оказания услуг и условия, в которых эта деятельность осуществляется, вплоть до дизайна интерьера медицинского центра. Обобщенно выделяют 4 компонента (4P) при этом в системе здравоохранения появляются дополнительные особенности:

### **1. Place (место)**

Решая проблемы со здоровьем, люди предпочитают искать медцентр с хорошей репутацией или идти к конкретному врачу, при этом место нахождения отходит на второй план. Это значит, что место расположения клиники косвенно влияет на ее успешность, но не относится к определяющим факторам ее популярности среди клиентов. Для людей, просто проходящих или проезжающих мимо, медицинские услуги неактуальны. Когда потребность в них возникнет, они будут в первую очередь ориентироваться на другие, более важные условия.

### **2. Price (цена)**

Большинство пациентов не разбираются в медицине, а потому вынуждены доверять врачам, надеясь, что назначенное лечение даст необходимый результат. Оценить, насколько оказываемая услуга соответствует указанной стоимости, рядовой посетитель клиники не в силах, как и сравнить между собой несколько различных учреждений, чтобы выбрать оптимальное по соотношению цены и качества.

В основной массе люди предпочитают не экономить на здоровье, а слишком низкие цены вызывают подозрение, что услуга будет недостаточно качественной. В то же время стоимость, превышающая среднюю, тоже оттолкнет потенциальных клиентов. Подобное могут позволить те клиники, у которых VIP-пациенты.

### **3. Product (Продукт)**

В качестве продукта выступает медицинская услуга, но спрос на нее возникает при определенных условиях и является следствием возникших проблем со здоровьем. Это значит, что на самом деле продукт – не одна услуга, а их совокупность («план лечения»).

Особенность сферы здравоохранения в том, что перечень мероприятий лечения пациента формируется после осмотра врача, а для этого нужно, чтобы больной обратился именно в эту клинику.

Для решения этой задачи некоторые медучреждения предлагают комплексный набор услуг и продают его до того, как у потенциального клиента появилась необходимость лечиться. Это программы годового

прикрепления и программы комплексного обследования, очень популярные в странах Азии. Большинство европейских клиник с успехом работают без продажи унифицированных продуктов и не считают необходимым тратить силы и время на их распространение.

#### **4. Promotion (продвижение)**

Для привлечения пациентов очень важно продвижение клиники, на которое влияет: название, рекламные кампании, точки актуализации спроса, репутация медцентра. Маркетологи знают массу примеров, когда и место расположения оставляло желать лучшего и цены были не самыми низкими, но при этом поток клиентов был стабильным, а прибыль - высокой. И, наоборот: при более выгодных ценах и удобном территориальном размещении учреждение являлось убыточным.

Важнейшими целями маркетинга медицинского учреждения является формирование перечня услуг, отвечающих запросам клиентов, достижение высокой экономической эффективности их реализации и организация взаимодействия между клиникой и пациентами в процессе их предоставления. Необходимым условием этого является проведение маркетинговых исследований, по результатам которых прогнозируется изменение рыночной ситуации, анализируются тенденции изменения платежеспособного спроса на услуги, определяются пути достижения соответствия их цены и качества.

### **Индивидуальные задания к практическому занятию:**

#### ***Вариант 1***

Изложите подходы к сегментации рынка потенциальных покупателей и позиционированию медицинской услуги на нем на примере использования фоточувствительного полимерного пломбировочного материала для лечения среднего и глубокого кариеса зубов.

#### ***Вариант 2***

Вы - глава службы маркетинга крупной многопрофильной больницы. С учетом изменений в демографической, экономической, научно-технической и культурной средах, какие планы Вы предполагаете разработать и реализовать, чтобы обеспечить своей больнице успех на ближайшие пять лет.

#### ***Вариант 3***

Разработайте и изложите стратегические подходы к комплексу маркетинга при борьбе с алкоголизмом в рамках общественной оздоровительной программы на уровне города.

#### ***Вариант 4***

Вы - дистрибьютор международной фармацевтической корпорации в Краснодарском крае. Составьте схему маркетинговых мероприятий по

продвижению на потребительский рынок края оральных контрацептивов, выпускаемых этой фирмой.

### ***Вариант 5***

Вы открыли косметологический салон с полным комплексом обслуживания в жилом микрорайоне. Предложите комплекс маркетинговых мероприятий на уровне Вашего района, которые Вы хотели бы предпринять. Специалистов какого рода в области маркетинга Вы предпочли бы иметь в своем распоряжении?

### ***Вариант 6***

Допустим, что маркетинговые исследования говорят об укреплении среди населения убеждения, что госпитализация в стационар должна производиться только в крайнем случае. Что Вы посоветуете предпринять руководству стационара? Составьте стратегический план мероприятий.

### ***Вариант 7***

Предложите комплекс мероприятий для продвижения на рынок нового ненаркотического анальгетика для наружного применения в виде геля, обладающего сильным, быстрым и долговременным анальгетическим эффектом, а также средним по силе аллергическим и токсическим действием.

### ***Вариант 8***

Критики маркетинга считают, что с помощью маркетинга потребителями манипулируют, вынуждая их покупать товары, которые, по существу, не нужны для удовлетворения «минимально необходимых подлинных потребностей». Обоснуйте Вашу позицию в этом вопросе.

### ***Вариант 9***

Опишите этапы управления маркетингом на примере реализации электронного модифицированного медицинского тонометра на потребительском рынке города.

### ***Вариант 10***

Некоторые некоммерческие медицинские учреждения нанимают специалистов маркетинга с опытом работы в сфере продаж товаров широкого потребления. Прокомментируйте эту тенденцию. Какие проблемы, на Ваш взгляд, могут в связи с этим возникать?

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Понятие рынка медицинских услуг.
2. Субъекты и объекты рынка медицинских услуг.
3. Государственное регулирование и саморегулирование рынка

медицинских товаров и услуг.

4. Цена как денежное выражение стоимости услуги.
5. Маркетинг на рынке медицинских товаров и услуг.
6. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.

### **ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Совокупность покупателей и продавцов, взаимодействие которых приводит в итоге к возможностям обмена, определяется как
  - а) трудовая деятельность
  - б) рынок
  - в) товары (услуги)
  - г) коммерческая деятельность
  - д) предпринимательская деятельность
2. Основным назначением товара является;
  - а) удовлетворение собственных потребностей;
  - б) удовлетворение государственных потребностей;
  - в) удовлетворение потребности клиента;
3. Что не является специфической особенностью рынка медицинских услуг?
  - а) саморегулируется по законам рыночной экономики
  - б) предоставляет услуги - желательные и нежелательные
  - в) несовершенство информационного обеспечения
  - г) учитывает экономические возможности «покупателя» в приобретении желаемых услуг
  - д) требует наличия лицензии у «продавца»
4. Укажите основные этапы технологии медицинского маркетинга
  - а) изучение, анализ содержания и структуры потребностей в медицинских услугах
  - б) разработка оперативных и тактических планов действий с учетом конкретной ситуации
  - в) выявление основных тенденций изменения спроса
  - г) реализация мероприятий, обеспечивающих удовлетворение пациентов (потребителей услуг)
  - д) разработка стратегии действий, позволяющих поддерживать уровень спроса на предоставляемые услуги
5. Маркетинг в здравоохранении включает следующие основные положения:
  - а) контроль за качеством медицинской помощи
  - б) изучение спроса на медицинские услуги
  - в) удовлетворение спроса на медицинские услуги
  - г) расчет стоимости (цены) медицинских услуг

д) все перечисленное

6. Производственный риск представляет собой;

- а) обусловленный отраслевыми особенностями бизнеса;
- б) представляет собой риск, связанный с финансовым положением целого государства;
- в) характеристику финансовых отношений между экономическими агентами и правительством страны;

7. Укажите основные виды деятельности в области маркетинга медико-профилактических услуг

- а) разработка товаров (услуг, работ)
- б) исследование рынка
- в) налаживание коммуникаций
- г) организация распределения
- д) все перечисленное

8. Укажите условия, которые обеспечивают потенциальную возможность обмена.

- а) наличие не менее двух заинтересованных сторон
- б) каждая из сторон должна располагать чем-то, что может представить ценность для другой стороны
- в) каждая сторона должна быть свободной в принятии или отклонении предложений другой стороны
- г) каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороны
- д) все перечисленное

9. Определение «ощущаемая человеком нехватка чего-либо» характеризует элемент маркетинга

- а) нужда
- б) потребность
- в) обмен
- г) спрос
- д) сделка

10. Определение «потребность, подкрепленная покупательной способностью» характеризует элемент маркетинга

- а) нужда
- б) потребность
- в) обмен
- г) спрос

## Глава 4 Финансы в здравоохранении

### Тема 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Финансы** – это поток, образуемый движением денег на макроэкономическом уровне юридическими, физическими лицами, государственными органами, банками, финансовыми рынками, а также система экономических (денежных) отношений, с помощью которой создаются и расходуются фонды денежных средств.

Финансы можно охарактеризовать и как совокупность объективно обусловленных экономических отношений, имеющих распределительный характер, денежную форму выражения и материализуемых в денежных доходах и накоплениях, формируемых в руках государства и субъектов хозяйствования для целей расширенного производства, материального стимулирования работающих, удовлетворение социальных и других потребностей.

Финансы обладают следующими признаками:

- имеют денежное выражение;
- носят распределительный характер;
- отражают финансовые ресурсы.

**Финансовые ресурсы** – это совокупность доходов и поступлений, находящихся в распоряжении субъекта хозяйствования. К *источникам финансовых ресурсов* относятся:

- ресурсы, получаемые самими юридическими лицами (прибыль, амортизация);
- средства, аккумулируемые в государственной бюджетной системе;
- средства внебюджетных фондов.

Основными *функциями финансов* являются:

1. **Распределительная** – заключается в объективном свойстве категории финансов осуществлять распределение стоимости созданного продукта в денежном выражении.

2. **Перераспределительная** – заключается в перераспределении созданного продукта, т.е. вторичное распределение между членами общества.

3. **Фискальная** – с помощью налогов достигается изъятие части доходов предприятий и граждан для содержания государственного аппарата, обороны страны и той части непроизводственной сферы, которая не имеет собственных источников дохода (библиотеки, архивы и др.).

4. **Контрольная** – заключается в соблюдении пропорций в распределительном процессе, эффективности использования всех видов экономических ресурсов.

5. **Стимулирующая** – финансовая система способствует эффективному экономическому росту и обеспечивает согласование финансовых интересов субъектов финансовых отношений.

**6. Воспроизводственная** – заключается в обеспечении постоянства кругооборота средств, как в рамках страны, так и в рамках каждого предприятия.

**Финансовая система** – это совокупность финансовых отношений в рамках национальной экономики, посредством которых осуществляются формы финансового и производственного процессов. Финансовая система включает следующие звенья:

- **государственные финансы** – связаны с формированием и использованием фондов денежных средств государства для решения целого ряда важнейших экономических и социальных задач, регулирования национальной экономики (государственная бюджетная система, государственный кредит, социальные внебюджетные фонды);

- **страховые финансы** – предназначены для возмещения ущерба, нанесенного стихийными бедствиями, осуществления выплат застрахованным лицам, материального обеспечения при наступлении страховых случаев;

- **финансы юридических лиц** – это финансы фирм и предприятий различных форм собственности, предназначенные для формирования необходимого объема финансовых ресурсов с целью использования их в процессе производственной деятельности. Сюда же относятся финансы учреждений и организаций, осуществляющий некоммерческую деятельность и финансы общественных объединений;

- **финансы физических лиц (домохозяйств)** – это личные финансы и финансы лиц, совместно проживающих и ведущих общее хозяйство, которые необходимы для обеспечения текущего потребления и накопления, а также как источник финансовой стабильности общества, пополнения государственного бюджета и инвестиций в развитие экономики страны.

Для управления и контроля финансов созданы специальные финансовые органы. Центральными из них являются:

- **министерство финансов**, задачей которого является проведение единой государственной финансовой политики и обеспечение общего руководства организацией финансов в стране;

- **федеральное казначейство**, задача которого состоит в контроле за использованием федерального бюджета на местах, сбор, обработку и анализ состояния государственных финансов;

- **счетная палата**, предназначенная для контроля за использованием доходных и расходных статей федерального бюджета по объему, структуре и целевому назначению, а также для контроля за движением средств бюджета в Центральном банке;

- в 1991 г. для обеспечения полного поступления налогов в государственный бюджет создается **государственная налоговая служба**, затем **министерство налогов и сборов**, имеющее право проводить проверку доходов, связанных с исчислением и уплатой налогов, а также приостанавливать операции по банковским счетам.

Главным звеном финансовой системы является **государственный бюджет**, который представляет собой крупнейший централизованный денежный фонд, находящийся в распоряжении правительства. Совокупность входящих в него организационных структур образует *бюджетную систему*. Звеньями бюджетной системы РФ являются:

- *федеральный бюджет*;
- *региональные бюджеты субъектов РФ* - бюджеты республик в составе РФ, бюджеты краев и областей, бюджеты городов Москвы и Санкт-Петербурга;
- *бюджеты местных административно-территориальных образований* - бюджеты сельских районов, городов (кроме Москвы и Санкт-Петербурга), бюджеты районов в городах, бюджеты поселков и сельских населенных пунктов.

Через бюджетную систему реализуются **функции бюджета**:

- 1) *образование бюджетного фонда (бюджетные доходы)*;
- 2) *использование бюджетного фонда (бюджетные расходы)*;
- 3) *контрольная*.

**Доходы бюджета** – это денежные средства, поступающие в безвозмездном и безвозвратном порядке в соответствии с законодательством в распоряжение органов государственной власти соответствующего уровня. Бюджетные доходы включают налоговые поступления (налоги, сборы, штрафы, пени), неналоговые перечисления, займы, доходы от эмиссии бумажных денег. При этом основными являются налоговые и неналоговые доходы.

В бюджетной классификации выделяют следующие виды *налоговых доходов*:

- налоги на прибыль, доход, прирост капитала;
- налоги на товары и услуги, регистрационные и лицензионные сборы;
- налоги на совокупный доход;
- налоги на имущество;
- платежи за пользование природными ресурсами;
- налоги на внешнюю торговлю и внешнеэкономические операции.

Из *неналоговых доходов* бюджета основными являются следующие:

- доходы от имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности, или от деятельности;
- доходы от продажи имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности;
- доходы от реализации государственных запасов;
- доходы от продажи земли и нематериальных активов;
- поступления капитальных трансфертов из негосударственных источников;
- административные платежи и сборы;
- штрафные санкции, возмещение ущерба;



- доходы от внешнеэкономической деятельности.

**Расходы бюджета** представляют собой затраты, возникающие в связи с выполнением государством своих функций. Эти затраты выражают экономические отношения, на основе которых происходит процесс использования централизованного фонда денежных средств государства по различным направлениям. В зависимости от значения бюджетных расходов в экономической жизни общества их классифицируют по определенным признакам. Их подразделяют *по влиянию на процесс расширенного воспроизводства* на:

1. *Текущие расходы*, которые связаны с предоставлением бюджетных средств юридическим лицам на их содержание и покрытие текущих потребностей. Эти расходы включают затраты на государственное потребление (содержание экономической и социальной инфраструктуры, государственных отраслей народного хозяйства, закупки товаров и услуг гражданского и военного характера, текущие расходы государственных учреждений), текущие субсидии нижестоящим органам власти, государственным и частным предприятиям, транспортные платежи, выплату процентов по государственному долгу и другие расходы.

2. *Капитальные расходы* представляют собой денежные затраты, связанные с вложением в основной капитал и прирост запасов. Они включают в себя капиталовложения за счет бюджета в различные отрасли народного хозяйства, инвестиционные субсидии и долгосрочные бюджетные кредиты государственным и частным предприятиям, местным органам власти.

По *предметному признаку* расходы бюджета классифицируют:

- 1) расходы по обслуживанию государственного долга;
- 2) финансирование промышленного производства;
- 3) финансирование обороны;
- 4) содержание правоохранительных органов, органов государственной власти и управления;
- 5) финансирование социально-культурных мероприятий;
- 6) финансирование науки;
- 7) расходы по внешнеэкономической деятельности;
- 8) создание резервных фондов;
- 9) прочие расходы и выплаты.

Каждая из перечисленных групп расходов делится в свою очередь по *ведомственному и целевому признакам*.

**Контрольная функция** бюджета предполагает создание условий для осуществления контроля за доходами и расходами бюджета., что обуславливает возможность эффективного воздействия государства на все экономические процессы.

Бюджетный кодекс РФ регламентирует следующий перечень *принципов построения и функционирования бюджетной системы РФ*:

- **принцип единства** правовой базы, денежной системы, форм бюджетной документации, принципов бюджетного процесса в РФ;

- **принцип полноты** требует отражения в бюджете всех доходов и расходов, точного обоснования дополнительного привлечения средств;

- **принцип разграничения доходов и расходов между уровнями бюджетной системы** означает закрепление соответствующих видов доходов и полномочий по осуществлению расходов за органами государственной власти РФ, органами власти субъектов РФ, органами местного управления;

- **принцип сбалансированности** означает, что объем предусмотренных бюджетом расходов должен соответствовать суммарному объему доходов бюджета и поступлений из источников финансирования его дефицита;

- **принцип гласности** предполагает прозрачность бюджета;

- **принцип самостоятельности** предусматривает право органов государственной власти и местного самоуправления на каждом уровне бюджетной системы РФ самостоятельно осуществлять бюджетный процесс;

- **принцип достоверности** означает надежность показателей прогноза социально-экономического развития соответствующей территории и реалистичность расчета доходов и расходов бюджета;

- **принцип адресности и целевого характера бюджетных средств** означает, что они выделяются в распоряжение конкретных получателей с обозначением направления их на финансирование конкретных целей;

- **принцип эффективности и экономности использования бюджетных средств.**

Одним из методов перераспределения общегосударственного дохода органами власти и управления являются **внебюджетные фонды** – это совокупность финансовых ресурсов, привлекаемых государством для финансирования приоритетных общественных потребностей, и имеющих строго целевое назначение. Внебюджетные фонды решают следующие задачи:

- **обеспечение дополнительными средствами ведущих сфер экономики;**

- **расширение социальных услуг населению;**

- **возможность "резервирования" денежных средств помимо государственного бюджета.**

Главная причина их создания – необходимость выделения чрезвычайно важных для общества расходов и обеспечение их самостоятельными источниками доходов.

Внебюджетные фонды, являясь составной частью финансовой системы РФ, обладают рядом *особенностей*:

- запланированы органами власти и управления и имеют строгую целевую направленность;

- денежные средства фондов используются для финансирования государственных расходов, не включенных в бюджет;
- формируются в основном за счет обязательных отчислений юридических и физических лиц;
- страховые взносы в фонды и взаимоотношения, возникающие при их уплате, имеют налоговую природу, тарифы взносов устанавливаются государством и являются обязательными;
- на отношения, связанные с исчислением, уплатой и взысканием взносов в фонды, распространено большинство норм и положений Закона РФ "Об основах налоговой системы РФ";
- денежные ресурсы фонда находятся в государственной собственности, они не входят в состав бюджетов, а также других фондов и не подлежат изъятию на какие-либо цели, прямо не предусмотренные законом;
- расходование средств из фондов осуществляется по распоряжению Правительства РФ или специально уполномоченного на то органа.

Внебюджетные фонды создаются двумя *путями*:

- выделение из бюджета определенных расходов, имеющих особо важное значение;
- формирование фонда с собственными источниками доходов для определенных целей.

Федеральные внебюджетные фонды формируются за счет следующих *источников*:

- специальные целевые налоги и сборы с физических и юридических лиц;
- отчисления от прибыли предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности;
- дотации из бюджета;
- займы, полученные фондом у коммерческих банков или Центрального Банка РФ;
- прибыль от коммерческой деятельности, осуществляемой фондом как юридическим лицом.

К основным *экономическим внебюджетным фондам РФ* относятся **федеральный дорожный фонд, фонд воспроизводства минерально-сырьевой базы РФ, фонд финансового регулирования, фонд поддержки предпринимательства**. Однако ведущее значение имеют *социальные внебюджетные фонды*:

1. **Пенсионный фонд РФ** образован с целью государственного управления финансами пенсионного обеспечения в РФ и является самостоятельным финансово-кредитным учреждением.

2. **Фонд социального страхования РФ** создан в целях обеспечения государственных гарантий в системе социального страхования и повышения контроля за правильным и эффективным расходованием средств социального страхования.

3. **Фонд обязательного медицинского страхования РФ** образован с целью аккумулирования финансовых средств и обеспечения стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования.

4. **Государственный фонд занятости населения РФ** образован с целью финансирования мероприятий, связанных с реализацией государственной политики занятости населения.

С целью объединения и упрощения отчислений во внебюджетные фонды введен единый социальный налог (позже был заменен взносом), в котором консолидированы взносы в пенсионный фонд, фонд социального страхования и фонд обязательного медицинского страхования.

В 2016 году стало известно, что на смену страховым взносам придет новый единый страховой сбор. По сути страна должна была вернуться к уплате единого социального налога (отмененного ранее ЕСН). В конечном итоге правительство решило не менять название платежа. По-прежнему страхователи исчисляют страховые взносы, но платят их в федеральную налоговую службу.

Общая ставка взносов в 2019 году составляет 30% плюс ставка страховых взносов от несчастных случаев (величина переменная и зависит от опасности производства). Тарифы в 2019 году напрямую зависят от максимального значения базы для расчета страховых взносов. Размеры тарифов для преобладающей массы плательщиков (ст. 426 НК РФ) приведены в таблице 5.1.

Расчет по страховым взносам сдается в ФНС ежеквартально до 30-го числа месяца, начинающегося сразу после отчетного периода.

Помимо данного расчета страхователям нужно сдавать форму 4-ФСС. С 2017 года форма стала более упрощенной и содержит цифры только по «травматическим» взносам. Бумажный вариант формы нужно сдавать до 20-го числа, а электронный вариант — до 25-го числа месяца, наступающего за отчетным периодом.

Таблица 5.1. – Страховые взносы

Взносы на обязательное пенсионное страхование, %		Взносы на страхование на случай временной нетрудоспособности и материнства, %		Взносы на обязательное медицинское страхование, %
22	10	2,9	0	5,1
Если сумма выплат отдельному работнику не превысила	Если сумма выплат отдельному работнику превысила	Если сумма выплат отдельному работнику не превысила	Если сумма выплат отдельному работнику превысила	
1 021 000 руб.	1 021 000 руб.	815 000 руб.	815 000 руб.	

### Пример расчета

Фонд зарплаты ООО «N» в феврале 2018 года составил 358 378 рублей. Ни у кого из сотрудников выплаты не вышли за рамки установленного законом лимита. ООО «N» не имеет льгот. По ставке 0,3% ООО «N» платит «травматические» взносы.

Рассчитав взносы получим такие значения:

$$\text{ОПС} = 358\,378 \times 22\% = 78\,843,16 \text{ рубля}$$

$$\text{ОМС} = 358\,378 \times 5,1\% = 18\,277,28 \text{ рубля}$$

$$\text{ОСС} = 358\,378 \times 2,9\% = 10\,392,96 \text{ рубля}$$

$$\text{Взносы на травматизм} = 358\,378 \times 0,3\% = 1\,075,13 \text{ рубля.}$$

Итого в ФНС по разным кодам бюджетной классификации ООО «N» перечислит взносы на сумму 107 513,40 рубля (78 843,16 + 18 277,28 + 10 392,96). В ФСС нужно отправить 1 075,13 рубля.

Рассчитанные суммы нужно отправить на счета ФНС и ФСС до 15 марта.

Индивидуальные предприниматели не обязаны выплачивать полный список страховых взносов. За себя они платят только фиксированную сумму.

Фиксированные выплаты на 2019 год:

1. Обязательное медицинское страхование. 6884 руб.
2. Пенсионный фонд. 29 354 руб.

Данные показатели устанавливаются для тех предпринимателей, годовой доход которых не превышает 300 тыс. руб. Если устанавливается превышение этого лимита, необходимо осуществить дополнительные отчисления: 1% с суммы, которая превышает 300 000 руб.

### Пример расчета

Предприниматель обладает годовым доходом в 500 тыс. руб., дополнительно плата составит

$$(500\,000 - 300\,000) \times 0,01 = 2000 \text{ руб.}$$

Основным источником пополнения государственного бюджета и внебюджетных фондов являются налоги. **Налог** – это обязательный платеж, взимаемый государством в законодательном порядке с юридических и физических лиц для удовлетворения общественных потребностей. Общественное значение налогов проявляется в их *функциях*:

1. **Фискальная функция** состоит в формировании денежных доходов государства с целью содержания государственного аппарата, армии, развития науки и техники, социально значимых сфер экономики, для поддержки нуждающихся слоев населения, защиты окружающей среды.

2. **Экономическая функция** состоит в воздействии через налоги на общественное производство, т.е. на социально-экономические процессы в обществе. Налоги в этой функции могут играть *поощрительную*

(предоставление налоговых льгот), *ограничительную* (повышение налоговых ставок) и *контролирующую* роль.

3. **Распределительная (или перераспределительная) функция** состоит в том, что посредством налогов государство распределяет (перераспределяет) часть прибыли предприятий и предпринимателей, доходов граждан, направляя ее на решение как производственных, так и социальных проблем.

4. **Стимулирующая функция** состоит в том, что с помощью налогов, льгот и санкций государство стимулирует технический прогресс, расширение и модернизацию производства.

5. **Социальная функция** заключается в том, что налоговая система, используя прогрессивные ставки налогообложения, налоговые льготы для граждан, нуждающихся в социальной защите, позволяет придать рыночной экономике социальную направленность.

В состав налога входят следующие элементы:

- **объект налога** – это имущество, доход, товар, наследство, подлежащие налогообложению;

- **субъект налога** – это налогоплательщик (юридическое или физическое лицо);

- **источник налога** – доход, из которого выплачивается налог (зарплата, прибыль, дивиденды);

- **ставка налога** – величина налога с единицы объекта налога;

- **налоговая льгота** – полное или частичное освобождение плательщика от налога.

*Способы взимания налогов:*

1). **"Кадастровый"** (от слова "кадастр" – таблица, справочник), когда объект налога дифференцирован на группы по определенному признаку. Перечень этих групп и их признаки заносятся в специальные справочники. Для каждой группы установлена индивидуальная ставка налога. Особенностью данного способа служит отсутствие зависимости величины налога от доходности объекта (пример: налог на владельцев транспортных средств).

2). **"На основе декларации"**. Декларация – документ, в котором плательщик налога приводит расчет годового дохода и налога с него. Характерная черта такого способа заключается в том, что выплата налога производится после получения дохода (пример: налог на прибыль).

3). **"У источника"**. Этот налог вносится лицом, выплачивающим доход. Поэтому оплата налога производится до получения дохода налогоплательщиком, причем получатель дохода получает его уменьшенным на сумму налога (пример: подоходный налог с физических лиц).

*Классификация налогов.*

2. По характеру налогового изъятия:

- **прямые** – налоги, непосредственно связанные с результатом хозяйственно-финансовой деятельности, оборотом капитала, увеличением

стоимости имущества, ростом рентной составляющей. Это налоги на доходы. Они прямо пропорциональны платежеспособности и распространяются на стадии производства и реализации продукции;

- **косвенные** – налоги, которые являются надбавкой к цене или определяются в зависимости от размера добавленной стоимости, оборота или продаж товаров и услуг. Это налоги на расходы. Они не связаны непосредственно с доходом налогоплательщика и взимаются независимо от конечных результатов деятельности и получения прибыли.

### 3. По уровню управления:

- **федеральные**

- налог на добавленную стоимость
- акцизы
- налог на прибыль предприятия
- налог на доходы от капитала
- федеральный подоходный налог с физических лиц
- социальный
- государственные пошлины
- таможенные пошлины и сборы
- плата за право пользования недрами
- платежи за воспроизводство минерально-сырьевой базы
- платежи за загрязнение окружающей природной среды
- сбор за использование государственной символики РФ
- федеральные лицензионные сборы

- **региональные**

- региональный налог на прибыль предприятия
- региональный подоходный налог с физических лиц
- налог на имущество предприятия
- региональный налог с владельцев транспортных средств
- лесной налог
- налог, связанный с использованием инфраструктуры региона
- региональный лицензионный сбор
- сбор за использование региональной символики

- **- местные**

- налог на имущество физических лиц
- налог на землю
- налог, связанный с использованием инфраструктуры города (района)
- налог на рекламу
- местные лицензионные сборы
- курортный сбор
- гостиничный сбор
- налог на воду, забираемую из водохозяйственных систем
- сбор за получение имущества при наследовании или дарении
- сбор за использование местной символики

4. В зависимости от доходов налогоплательщика:

- **прогрессивные** - характеризуется увеличением доли налога с увеличением дохода;
- **регрессивные** - характеризуется взиманием более высокого налога с низкого дохода и более низкого налога с высокого дохода;
- **пропорциональные** – характеризуется взиманием постоянной доли дохода (единая ставка для доходов любой величины).

5. По целевому назначению:

- **общие** – используются для финансирования государственного или местных бюджетов без закрепления за каким-либо определенным видом расходов;
- **специальные** – имеют целевое назначение.

6. По субъектам налогообложения:

- **налоги с юридических лиц;**
- **налоги с физических лиц.**

Рассмотрим подробнее некоторые налоги, непосредственно касающиеся медицинских организаций.

Налоговым кодексом установлено, что все некоммерческие медицинские учреждения, как осуществляющие, так и не осуществляющие коммерческую деятельность с 1 января 2002 года являются плательщиками **налога на прибыль организаций**.

Объектом налогообложения для медицинских учреждений признаются доходы, полученные организацией, уменьшенные на величину расходов. Под доходами для целей налогообложения понимаются доходы от реализации товаров, работ и услуг и имущественных прав, а так же внереализационные доходы.

Согласно статье 143 НК РФ, плательщиками **налога на добавленную стоимость** НДС являются юридические лица. Медицинские услуги, являются объектом обложения НДС, но на них распространяется льготный режим, предусмотренный подп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

Не подлежит налогообложению (освобождается от налогообложения) реализация (а также передача, выполнение, оказание для собственных нужд) на территории РФ:

- медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и (или) учреждениями, в том числе врачами, занимающимися частной медицинской практикой, за исключением косметических, ветеринарных и санитарно-эпидемиологических услуг:
- услуги, предоставляемые по ОМС;
- услуги, оказываемые населению, по диагностике, профилактике и лечению независимо от формы и источника их оплаты по перечню, утверждаемому Правительством РФ;
- услуги по сбору у населения крови, оказываемые по договорам со стационарными лечебными учреждениями и поликлиническими отделениями;



- услуги скорой медицинской помощи, оказываемые населению;
- услуги по дежурству медицинского персонала у постели больного;
- услуги патолого-анатомические;
- услуги, оказываемые беременным женщинам, новорожденным, инвалидам и наркологическим больным.

Если организация занимается медицинской деятельностью, которая *требует обязательного лицензирования*, то льгота может быть предоставлена *только при наличии лицензии* на осуществление данного вида деятельности (пункт 6 статьи 149 НК РФ).

Во многих государствах мира принята практика применения акцизного налога. **Акциз** часто называют «налогом на роскошь», так как облагаемые товары, как правило, не являются предметом первой необходимости: алкоголь и табачная продукция, ювелирные изделия, кофе, чай, сахар, кондитерская продукция и т.д.

Акциз – разновидность косвенного налога в виде надбавки к стоимости товара. Подакцизные товары обладают общей чертой: все они являются высокорентабельными и обладают низкими производственными издержками.

Плательщиком акциза в бюджет является организация, ИП или иное лицо, которое осуществляет операции по реализации или производству подакцизного товара.

В соответствии с подп. 2 п. 1 ст. 181 НК РФ **не рассматриваются как подакцизные товары**

- лекарственные средства, прошедшие госрегистрацию в уполномоченном федеральном органе исполнительной власти и внесенные в Государственный реестр лекарственных средств,
- лекарственные средства (включая гомеопатические лекарственные препараты), изготавливаемые аптечными организациями по рецептам на лекарственные препараты и требованиям медицинских организаций, разлитые в емкости в соответствии с требованиями нормативной документации, согласованной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

При нарушении названных требований **вся спиртосодержащая продукция** (растворы, эмульсии, суспензии и пр.) с объемной долей этилового спирта более 9% **признается подакцизной**.

Еще А. Смит сформулировал основные *требования к налоговой системе*, которые верны и в настоящее время:

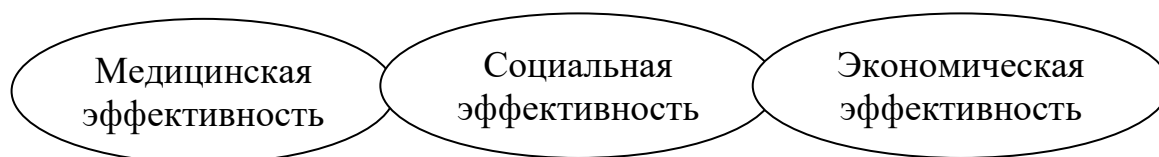
- 1) **равнонапряженность** – общность для всех налогоплательщиков правил и норм изъятия налога;
- 2) **определенность** – четкость, ясность, стабильность норм, ставок налогообложения;
- 3) **простота и удобство** уплаты налога плательщиком;
- 4) **неотягощенность** – умеренность, ограниченность налога суммами, уплата которых ложится тяжким бременем на налогоплательщиков.

Понятие **эффективность системы здравоохранения** можно охарактеризовать с двух позиций:

1. Способность предоставлять определенный набор услуг при оптимизации (минимизации) затрат. Это подразумевает достижение эффективности на уровне коммерческого интереса каждой медицинской организации.

2. Способность предлагать оптимальный набор услуг, соответствующий структуре общественного потребления. Это предполагает разработку критериев эффективности здравоохранения, совпадающих с общественными интересами и способных достичь рационального расходования средств.

### Элементы эффективности здравоохранения



Медицинская и социальная эффективность – неотъемлемые элементы, однако при оценке деятельности коммерческого предприятия наибольшее внимание уделяется оценке третьего компонента – экономической эффективности.

**Экономическая эффективность** – определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, когда основная цель – достижение максимального результата при минимальных затратах.

Показателями экономического результата деятельности медицинской организации могут выступать:

- 1) выручка от реализации медицинских услуг – произведение цены услуги и объема оказанных услуг,
- 2) прибыль – разница между выручкой и всеми затратами предприятия,
- 3) чистая прибыль – прибыль после уплаты всех налогов и процента за кредит,
- 4) рентабельность – отношение чистой прибыли к себестоимости.

Если исходить из соотношения различных показателей затрат и различных показателей результатов деятельности, то можно представить несколько вариантов показателей экономической эффективности работы медицинских организаций.

Показатели результатов деятельности	Показатели затрат		
	Себестоимость (С)	Численность персонала (Ч)	Основные фонды (Ф)
<b>Выручка (В)</b>	Рентабельность (В/С)	Производительность труда (В/Ч)	Фондоотдача, выраженная в рублях (В/Ф)
<b>Прибыль (П)</b>	Рентабельность (П/С)	Производительность труда, как доля вклада каждого работника в прибыль предприятия (П/Ч)	Фондоотдача, наиболее достоверная (П/Ф)
<b>Количество услуг (К)</b>	Средние издержки или себестоимость за единицу продукции (К/С)	Производительность труда в натуральных единицах (К/Ч)	Фондоотдача, выраженная в натуральных единицах (К/Ф)

Коммерческая основа возмездных услуг пациентам может менять критерии или индикаторы результата данной деятельности, сохранив при этом основные принципы. К основным индикаторам результата деятельности медицинских предприятий относятся: медицинская результативность, качество лечения и удовлетворенность пациентов, финансовые критерии окупаемости и рентабельности.

Для определения эффективности общественного производства на уровне отдельных предприятий отрасли, применяется система показателей, включающая как обобщающие, так и частные показатели.

**Высшей целью предпринимательской деятельности является достижение возможно большей прибыли или возможно высокой рентабельности.**

Масса прибыли является важным показателем качества работы предприятия. Однако равная прибыль может быть получена при различных затратах материальных и трудовых ресурсов.

**Прибыль – это абсолютный показатель, обладающий поэтому весьма существенным недостатком: показатели прибыли несопоставимы по различным хозяйствующим субъектам.**

Прибыль в 1000 руб. одновременно может быть прибылью крупной клиники и прибылью ИП. Именно этим объясняется то обстоятельство, что в анализе гораздо большую ценность имеют индикаторы, связанные с прибылью и одновременно являющиеся относительными, т.е. потенциально сопоставимыми в пространственно-временном разрезе показателями.

**Рентабельность – дословно означает возможность и способность «делать прибыль», т.е. обеспечивать прибыльность.**

Относительный уровень прибыли представляет собой рентабельность,

которая характеризует конечный результат деятельности предприятия за определённый период и определяется величиной полученной прибыли по отношению к функционирующему капиталу предприятия. **Она означает доходность, прибыльность и экономическую целесообразность производства.**

**Рентабельность комплексно отражает степень использования материальных, трудовых и денежных ресурсов, а также эффективность применяемых авансированных средств.**

В коммерческой деятельности чаще используют показатель **рентабельность продаж**, как отношение величины прибыли к объему продаж предприятия.

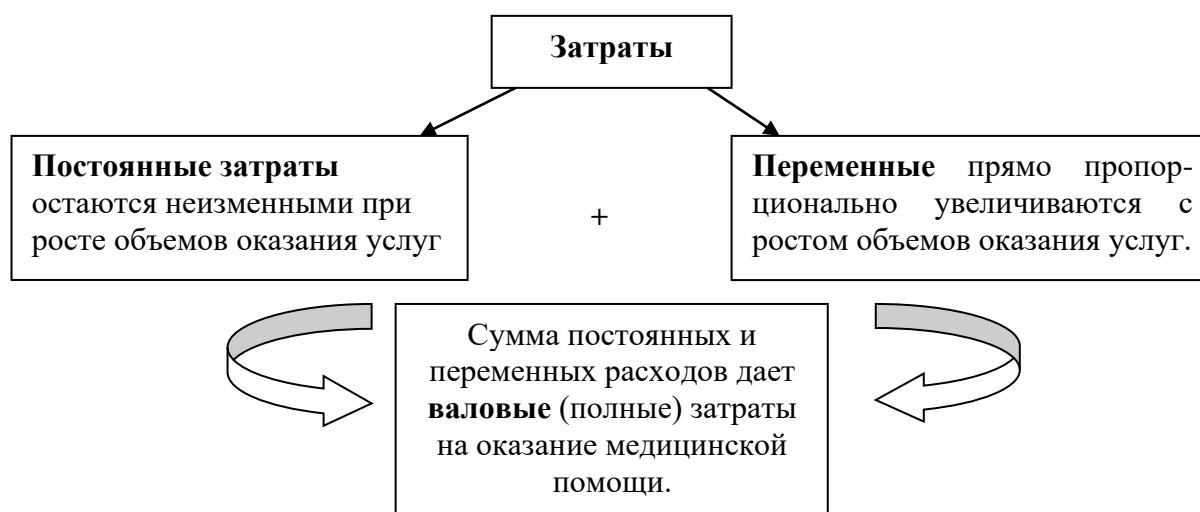
$$R_{\text{продаж}} = \frac{\text{Прибыль}}{\text{ОбъемПродаж}} * 100\%$$

#### **Наиболее распространенные методы экономического анализа:**

- Метод минимизации затрат СМА (cost-minimization analysis)
- Метод «затраты - эффективность» СЕА (cost-effectiveness analysis)
- Метод «затраты - выгода» СВА (cost-benefit analysis)
- Метод «затраты - полезность» СУА (cost-utility analysis)

В мировой практике управления здравоохранением метод «затраты - выгода» активно используется для повышения эффективности работы медицинских учреждений и удовлетворения спроса потребителей.

**Выгода** от реализации медицинских услуг равна разнице между выручкой и затратами на оказание услуг.



По способу включения в **себестоимость медицинской услуги** выделяют затраты прямые и косвенные

**Прямые затраты** – это расходы, которые могут быть прямо (непосредственно), без каких-либо вспомогательных расчётов отнесены на те или иные виды оказываемых медицинских услуг:

- фонд оплаты труда основного персонала;
- стоимость полностью потребляемых в процессе оказания медицинской услуги материальных ресурсов (медикаменты и перевязочные средства, продукты питания и пр.);
- стоимость частично потребляемых материальных ресурсов (износ мягкого инвентаря, амортизация медицинского оборудования, используемого при оказании данной медицинской услуги).

**Косвенные затраты** – расходы, которые не могут быть прямо отнесены на конкретные виды услуг и поэтому распределяются косвенным образом, пропорционально каким-либо показателям (установленным базам). Косвенные затраты обычно касаются деятельности всего учреждения или его неосновных подразделений.

Для коммерческих медицинских учреждений и учреждений, оказывающих платные медицинские услуги при проведении экономического анализа рассчитываются следующие показатели:

- Порог рентабельности,
- Валовая маржа,
- Запас финансовой прочности,
- Сила воздействия операционного рычага.

Промежуточным результатом реализации, оставшимся после покрытия переменных расходов по оказанию медицинской помощи, является **сумма покрытия**, или **валовая маржа (Вм)**

Валовая маржа = выручка от реализации – переменные затраты

Сопоставив валовую маржу с суммой выручки от реализации услуг получают долю валовой маржи в выручке, или **коэффициент валовой маржи (Квм)**

$$\text{Квм} = (\text{Вм} / \text{Выручка}) * 100 \%$$

Часто **порогом рентабельности** называют **точку безубыточности**, в которой расходы равны доходам от реализации.

Чем выше порог рентабельности, тем труднее его перешагнуть. При низком пороге рентабельности легче пережить падение спроса на услуги, отказаться от высокой цены реализации.

Снижения порога рентабельности можно добиться наращиванием валовой маржи (повышая цену и (или) объем реализации, снижая переменные расходы) либо сокращением постоянных расходов.

Порог рентабельности = суммарные постоянные затраты / Квм

**Запас финансовой прочности (ЗФП)** показывает, насколько далеко «убегает» планируемая выручка от порога рентабельности. Превышение фактической выручки от реализации над порогом рентабельности составляет запас финансовой прочности учреждения

$ЗФП = \text{Выручка от реализации} - \text{порог рентабельности}$

$$ЗФП (\%) = \frac{\text{порог рентабельности} * 100\%}{\text{выручка от реализации}}$$

$\text{Прогнозируемая прибыль} = ЗФП * Квм$

**Сила воздействия операционного рычага (СВОР)** показывает степень предпринимательского риска, т.е. риска потери прибыли, связанного с колебаниями объема реализации.

$$СВОР = Вм / \text{Прогнозируемая прибыль}$$

Сила воздействия операционного рычага позволяет ответить на вопрос на сколько % изменится прибыль при изменении выручки на 1 %.

Если сила воздействия операционного рычага равна трем, то при сокращении выручки на 33% ( $100\% : 3$ ) предприятие имеет нулевую прибыль.

Операционный анализ результативности предпринимательской деятельности является неотъемлемой частью управленческого учета в здравоохранении. Он позволяет найти наиболее выгодные комбинации переменных затрат, цены и объемов продаж.

Этот анализ часто называют анализом безубыточности, так как он позволяет вычислить такую сумму или количество продаж услуг, при которых поступление средств равно расходам.

## ОБРАЗЦЫ РЕШЕНИЯ ТИПОВЫХ ЗАДАЧ

**Пример 1.** Получены следующие результаты деятельности медицинской организации:

Выручка от реализации 11 000 000 руб.,

Переменные издержки 9 300 000 руб.,

Постоянные издержки 1 500 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 9,1%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### Решение:

1) В первом году известны переменные и постоянные затраты, зная их сумму определим общие затраты предприятия

$$\text{Общие затраты} = 9\,300 + 1\,500 = 10\,800 \text{ тыс. руб.}$$

2) Определим прибыль как разницу между выручкой от реализации и полными (валовыми) затратами

$$\text{Пр} = 11\,000 - 10\,800 = 200 \text{ тыс.руб.}$$

3) Во втором году объем производства увеличился на 9,1%  
Выручка (доход) составила  $11\,000 + 9,1\% = 12\,000$  тыс.руб.

4) Если объем производства (оказания услуг) увеличивается, значит увеличиваются и переменные затраты:

$$\text{Перем. зат} = 9\,300 + 9,1\% = 10\,146,3 \text{ тыс. руб.}$$

Постоянные затраты не изменятся 1 500 тыс. руб. они не зависят от объема производства

5) Общие (валовые) затраты =  $10\,146,3 + 1\,500 = 11\,646,3$  тыс.руб.

6) Зная выручку и общие затраты определим прибыль. А так же вычислим на сколько % изменилась (увеличилась) прибыль

$$\text{Пр} = 12\,000 - 11\,646,3 = 353,7 \text{ тыс. руб.}$$

$$200 \text{ тыс. руб.} - 100\% \quad x = \frac{353,7 * 100}{200} = 77\%$$

$$353,7 \text{ тыс. руб.} - X \%$$

7) Определим силу воздействия операционного рычага

$$\text{Свор} = \text{ВМ} / \text{Пр} \quad \text{ВМ} = \text{Вр} - \text{Пер. зат}$$

Валовая маржа **ВМ** – представляет собой разницу между выручкой от реализации и переменными затратами

$$\text{ВМ} = 11\,000 - 9\,300 = 1\,700 \text{ тыс.руб.}$$

$$\text{Свор} = 1\,700 : 200 = 8,5$$

Прибыль увеличилась на 77% т.е.  $8,5 * 9,1\% = 77\%$

8) Определим порог рентабельности – выручка от реализации при которой предприятие уже не имеет убытков, но еще не имеет прибыли

$$\text{Пор Рен} = \text{Пост.зат} / \text{Квм}$$

$$\text{Квм} = \text{ВМ} / \text{ДВ}$$

$$\text{Квм} = 1\,700 : 11\,000 = 0,155$$

$$\text{Пор Рен} = 1\,500 : 0,155 = 9\,677$$

9) Рассчитаем запас финансовой прочности

$$\text{Зфп} = \text{Вр} - \text{Пор Рен}$$

$$\text{Зфп} = 11\,000 - 9\,677 = 1\,323 \text{ тыс.руб.}$$

$$\frac{11\,000 - 100\%}{1\,323 - x} \quad x = \frac{1\,323 * 100}{11\,000} = 12,02\%$$

Это означает, что предприятие способно выдерживать 12% - е снижение выручки от реализации без серьезной угрозы для своего финансового положения.

## **Пример 2. Расчет объема оказания услуги «компьютерная томография», обеспечивающего безубыточную работу.**

### **Исходные данные для расчетов:**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц составляют 37 361,01 руб., в том числе:

- заработная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) - 1047,0 руб.
- расходы на медикаменты и расходные материалы - 504,0 руб.
- износ оборудования - 34610,0 руб.
- накладные расходы - 1200,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 126 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги - 296,51 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития = 1,25) - 371,0 руб.

### **Решение:**

1) Расчет постоянных и переменных издержек по оказанию услуги:

- постоянные затраты составляют 35 810 руб. (накладные расходы и износ оборудования)

$$35\,810 \text{ руб.} = 34610,0 + 1200,0;$$

- переменные затраты составляют 1551 тыс. руб.

$$1551 \text{ тыс. руб.} = 37361,01 - 35\,810$$

2) Расчет объема услуг, обеспечивающих безубыточную работу по формуле коэффициента безубыточности (самоокупаемости):

$$Q = \frac{35810,0}{371,0 - \frac{1551}{126}} = 99,8 \text{ или } 100 \text{ человек}$$

Другими словами, 100 пациентов в месяц, оплатив услугу по цене 371,0 руб., обеспечат окупаемость расходов по оказанию «компьютерной томографии». Оставшиеся 26 пациентов могут получать эту услугу на льготных условиях или в рамках других программ предоставления медицинской помощи.

3) С изменением условий предоставления услуги могут возникнуть варианты оказания данной услуги по программам обязательного медицинского страхования. Себестоимость услуги в системе ОМС ниже фактических расходов на величину статей, не являющихся объектом финансирования в данной системе страхования. Предположительно величина страховой цены = 120,0 руб.

4) Расчет цены услуги при изменении соотношения в структуре больных:

- предположим 60% всех пациентов имеют право получать услугу в рамках



программы обязательного медицинского страхования, т.е. 76 человек; 50-ти пациентам услуга будет оказана на договорной либо платной основе;

- расчет затрат, не возмещенных оплатой услуги по страховой цене:

$$37\,361,0 - (120,0 * 76) = 28\,241,02 \text{ руб.}$$

- новая цена на услугу, окупающая совокупные расходы по ее оказанию:

$$28\,241,02 : 50 = 564,82 \text{ руб.}$$

### **Индивидуальное задание «Экономическая эффективность деятельности производителей медицинских услуг»**

#### **ВАРИАНТ 1**

##### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 40 000 000 руб.,

Переменные издержки составляют 31 000 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 3 000 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 10%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

##### **Задача 2**

**Определение эффективности работы отделения (службы). Расчет окупаемости расходов лаборатории литотрипсии.**

**А.** Расходы на проведение 1-го сеанса (руб.):

- заработная плата с начислениями - 243,09;
- медикаменты - 12,52;
- расходный материал - 38,26;
- хозяйственные расходы - 32,27;
- износ оборудования - 195,49;
- общеучрежденные, накладные расходы - 200,09;
- итого себестоимость - 721,72.

**Б.** Средняя продолжительности сеанса – 1 час 20 минут (включая анестезиологию и наблюдение после нее); продолжительность рабочего дня сотрудников 5,20 часа; пропускная способность аппарата 4 сеанса в день, т.е. 1008 человек в год.

**В.** Себестоимость услуги 721,72; договорная цена, представляющая собой себестоимость с коэффициентом на развитие 1,25, т.е. 902,15 руб.

#### **ВАРИАНТ 2**

##### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 50 000 000 руб.,

Переменные издержки составляют 21 000 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 3 000 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 10%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

#### **Расчет объема оказания услуги УЗИ, обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- зарботная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) – 523,5 руб.

- расходы на медикаменты и расходные материалы - 252,0 руб.

- износ оборудования – 17305,0 руб.

- накладные расходы - 600,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 126 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги - 148,25 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) – 185,32 руб.

### **ВАРИАНТ 3**

#### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 80 000 000 руб.,

Переменные издержки составляют 53 000 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 5 000 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 15%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

#### **Задача 2**

#### **Расчет объема оказания услуги энцефалография, обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- зарботная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) – 1570,5 руб.

- расходы на медикаменты и расходные материалы - 756,0 руб.

- износ оборудования – 51915,0 руб.

- накладные расходы - 1800,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 378 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги - 148,25 руб.; цена услуги (с коэффициентом

развития 1,25) – 185,32 руб.

## **ВАРИАНТ 4**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 40 000 000 руб.,

Переменные издержки составляют 15 000 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 2 000 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 8%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

#### **Расчет объема оказания услуги «ЭХО», обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- зарплатная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) - 1047,0 руб.

- расходы на медикаменты и расходные материалы - 504,0 руб.

- износ оборудования - 6589,25 руб.

- накладные расходы - 1200,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 126 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги – 74,12 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) - 92,66 руб.

## **ВАРИАНТ 5**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 40 000 000 руб.,

Переменные издержки составляют 15 700 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 2 400 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 15%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

#### **Расчет объема оказания услуги «иммунологическое исследование», обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- зарплатная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) - 1047,0 руб.

- расходы на медикаменты и расходные материалы – 1512,0 руб.
- износ оборудования – 24261,75 руб.
- накладные расходы - 1200,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 126 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги – 222,38 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) – 277,98 руб.

## **ВАРИАНТ 6**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 40 000 300 руб.,

Переменные издержки составляют 33 500 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 1 400 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 20%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

**Определение эффективности работы отделения (службы). Расчет окупаемости расходов на биохимическое исследование.**

**А.** Расходы на проведение 1-го сеанса (руб.):

- заработная плата с начислениями - 243,09;
- медикаменты - 14,52;
- расходный материал - 38,26;
- хозяйственные расходы - 36,27;
- износ оборудования - 195,49;
- общеучрежденные, накладные расходы - 210,09;
- итого себестоимость - 737,72.

**Б.** Средняя продолжительности сеанса – 1 час 20 минут (включая анестезиологию и наблюдение после нее); продолжительность рабочего дня сотрудников 5,20 часа; пропускная способность аппарата 4 сеанса в день, т.е. 1008 человек в год.

**В.** Себестоимость услуги 737,72; договорная цена, представляющая собой себестоимость с коэффициентом на развитие 1,25, т.е. 922,15 руб.

## **ВАРИАНТ 7**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 10 420 000 руб.,

Переменные издержки составляют 6 120 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 1 300 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 10%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

**Определение эффективности работы центра «Галотерапия» (лечение больных астмой, аллергией и хронических заболеваний верхний и нижних дыхательных путей).**

**А.** Расходы на проведение 1-го сеанса (руб.):

- заработная плата с начислениями - 443,09;
- медикаменты - 14,52;
- расходный материал - 48,26;
- хозяйственные расходы - 35,27;
- износ оборудования - 185,49;
- общеучрежденные, накладные расходы - 210,10;
- итого себестоимость - 936,73.

**Б.** Средняя продолжительности сеанса – 1 час 20 минут (включая анестезиологию и наблюдение после нее); продолжительность рабочего дня сотрудников 5,20 часа; пропускная способность аппарата 4 сеанса в день, т.е. 1008 человек в год.

**В.** Себестоимость услуги 936,73; договорная цена, представляющая собой себестоимость с коэффициентом на развитие 1,25, т.е. 1170,91 руб.

## **ВАРИАНТ 8**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 44 000 руб.,

Переменные издержки составляют 25 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 8 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 10%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

**Расчет объема оказания услуг «рефлексотерапия», обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- заработная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) - 1047,0руб.
- расходы на медикаменты и расходные материалы - 504,0 руб.
- износ оборудования - 6444,25 руб.
- накладные расходы - 1200,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности)

за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 130 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги – 70,73 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) - 88,41 руб.

## **ВАРИАНТ 9**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 400 000 руб.,

Переменные издержки составляют 300 200 руб.,

Постоянные издержки составляют 185 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 30%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

### **Задача 2**

**Расчет объема оказания услуг «патоморфологические исследования», обеспечивающего безубыточную работу**

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц составляют 13792,88 руб., в том числе:

- зарботная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) – 1570,5 руб.

- расходы на медикаменты и расходные материалы - 756,0 руб.

- износ оборудования – 9666,38 руб.

- накладные расходы - 1800,0 руб.

**Б.** Время проведения исследования - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать 126 услуг в среднем.

**В.** Себестоимость услуги – 109,46 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) – 136,8 руб.

## **ВАРИАНТ 10**

### **Задача 1**

ЛПУ имеет выручку от реализации 27 330 000 руб.,

Переменные издержки составляют 12 000 000 руб.,

Постоянные издержки составляют 3 000 000 руб.

Предприятие предполагает увеличить объем производства на 10%.

Провести операционный анализ и определить как изменятся сила воздействия операционного рычага и запасы финансовой прочности.

## Задача 2

### Расчет объема оказания услуг «лучевая диагностика», обеспечивающего безубыточную работу

**А.** Затраты на проведение услуги в месяц:

- заработная плата персонала, занятого оказанием услуги (с начислениями) - 698,0 руб.
- расходы на медикаменты и расходные материалы - 336,0 руб.
- износ оборудования – 23073,34 руб.
- накладные расходы - 800,0 руб.

**Б.** Время проведения сеанса - 1 час 20 минут; исходя из продолжительности эффективного рабочего времени (с учетом должности) за месяц при 5-ти дневном режиме работы можно оказать услугу в среднем 126 пациентам.

**В.** Себестоимость услуги – 197,67 руб.; цена услуги (с коэффициентом развития 1,25) – 296,50 руб.

## **Тема 6. СТРАХОВАНИЕ КАК ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Несмотря на то, что экономика страны уже встала на «рыночные рельсы», экономику здравоохранения можно все-таки отнести к типу смешанной системы. Влияние рыночных факторов здесь несомненно – платные услуги, где присутствуют и спрос и предложение и рыночные цены. Но при этом значительная доля, более 60%, приходится на государственное финансирование.

Источниками финансирования в системе здравоохранения являются:

- денежные средства бюджетов всех уровней;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья населения;
- доходы от предпринимательской деятельности организаций здравоохранения, в частности от оказания платных медицинских услуг;
- иные источники, не противоречащие законодательству РФ.

В некоторых случаях к источникам финансирования относится часть доходов от акцизов на водку, вино виноградное, шампанское, коньяк, табачные изделия, направляемых в целевом порядке на здравоохранение.

Для характеристики финансирования применяют показатель удельного веса источника финансирования (в %), который определяется как:

сумма определенного источника финансирования (бюджет, ОМС, др.) x 100 /  
сумма всех источников финансирования.

Удельный вес финансовых средств в стоимости содержания койки в год с учетом источников финансирования определяется путем деления фактических сумм, полученных от конкретного источника финансирования, на все затраты по функционированию отделения, больницы, умноженного на 100 и деленного на среднегодовое число коек.

Государственное финансирование осуществляется через распределение финансовых средств из госбюджета. Большое значение здесь имеет выделение средств по различным программам здравоохранения. Среди них программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Сегодня страхование рассматривается как система правовых и экономических отношений, которая включает образование за счет средств бюджетов, предприятий, организаций, личных средств населения специальных финансовых фондов и использование их для возмещения ущерба от стихийных бедствий, других неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам помощи при достижении ими определенного возраста, случаев болезни, временной или стойкой утраты трудоспособности, смерти и др.

Особенность страхования как вида предпринимательской деятельности заключается в том, что ей присущ известный предпринимательский риск, обусловленный обязанностью страховщика компенсировать оговоренный заранее по причинам возникновения и размеру ущерб. Страхование осуществляется в тех случаях, когда вероятность наступления рисков может быть оценена и существуют определенные финансовые гарантии со стороны страховщика о компенсации ущерба.

Таким образом, страхование представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Классификация основных видов страхования:

- по объекту страхования: личное, имущественное, страхование ответственности;
- по форме проведения: обязательное, добровольное;
- по способу образования и использования страховых резервов: рисковое, накопительное;
- по количеству застрахованных (в одном договоре): индивидуальное, коллективное.

**Страхование** – система экономических отношений, используемых для возмещения гражданам и их семьям ущерба (имущественного, социального,



ухудшения здоровья и др.), возникшего в результате непредвиденных природных, хозяйственных или социальных явлений. Основное назначение страхования – защита интересов граждан при наступлении страхового случая.

Страховать – значит предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного, защищать, оберегать, обеспечивать безопасность.

Страхование, как правовой акт, – это договор между клиентом, опасаящимся потерять свое имущество, источник дохода, способность трудиться, жизнь или любые другие ценности (имеющие материально денежный эквивалент) и страховщиком, продающим за деньги временную гарантию компенсации таких потерь.

Страховой случай – факт наступления у застрахованного лица события, являющегося объектом страхования и подлежащего оплате из страховых фондов страховщика согласно договору.

В системе страхования существуют понятия, которые определяют отношения лиц, участвующих в процессе страхования и выплат в результате страхового случая.

**Страховщик** – юридическое лицо или структура организационно-правовой формы, предусмотренная законодательством (страховая компания, страховое общество и т. д.), которые имеют право (лицензию) на проведение страховой деятельности.

**Страхователь** – юридическое лицо, заключившее договор со страховщиком и в силу этого обладающего правом заключать договор о страховании от имени страховой компании с конкретным лицом.

**Застрахованный** – лицо, в пользу которого заключен договор страхования со страхователем и в пользу которого производятся выплаты в случае страхового случая.

Основной функцией страхования в условиях рыночной экономики является возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами).

Одно из наиболее существенных нововведений в системе здравоохранения связано с принятием 28 июня 1991 г. закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». В соответствии с этим законом в 1993 году в России была введена система обязательного медицинского страхования (ОМС). Появился довольно мощный и эффективный финансовый ресурс в виде целевого стабильного норматива отчислений от фонда оплаты труда, закон коренным образом изменил систему организационно-экономических отношений в здравоохранении. В 2010 г. был принят Федеральный закон № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

Система ОМС, являясь составной частью здравоохранения, коренным образом изменила ситуацию, так как позволила перевести здравоохранение

на многоканальное финансирование. Внебюджетными источниками финансирования системы здравоохранения РФ могут быть средства:

- 1) обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 2) организаций, заключивших договоры с организациями здравоохранения на предоставление медицинских услуг;
- 3) инвесторов, финансирующих инновационные проекты, гранты и изобретения в области новых медицинских технологий;
- 4) образовательных медицинских и фармацевтических учреждений, использующих организации здравоохранения в качестве клинической базы;
- 5) от арендной платы за пользование имуществом, закрепленным за организациями здравоохранения на праве оперативного управления;
- 6) от деятельности, связанной с обучением медицинским технологиям медицинских работников, а также деятельности по санитарному просвещению населения на основании договоров с заказчиками;
- 7) предприятий и иных организаций по предъявленным им искам о возмещении расходов на лечение граждан;
- 8) гуманитарной деятельности – в виде грантов (безвозмездных субсидий) или иной помощи (поддержки);
- 9) от иных поступлений, не запрещенных законодательством Российской Федерации;
- 10) от пациентов за предоставление им платных медицинских услуг.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования. Под социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг.

**Социальное страхование** – это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка.

Социальное страхование – это система государственных и общественных мероприятий, которая гарантирует трудящимся средства существования в условиях, когда они не в состоянии зарабатывать или несут повышенные расходы.

Хотя системы социального и обязательного медицинского страхования в России функционируют самостоятельно, независимо друг от друга, в Законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» записано: «Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования...» Кроме того, Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в

Российской Федерации, утвержденной Правительством РФ, предусмотрено в дальнейшем объединение финансовых средств социального и обязательного медицинского страхования и создание единой системы медико-социального страхования.

Целью социального страхования является компенсация, возмещения полностью или частично застрахованным потерянный или уменьшенный трудовой доход и тем самым преодолеть неблагоприятные экономические последствия страхового риска.

**Социальный страховой риск** – предполагаемое событие, влекущее изменение материального или социального положения работающих или иных категорий граждан, в случае наступления, которого осуществляется обязательное социальное страхование.

Можно выделить следующие виды страховых рисков:

1. Социально-биологические: необходимость получения медицинской помощи, временная нетрудоспособность, трудовое увечье и профессиональное заболевание, инвалидность, наступление старости.
2. Социально-демографические: материнство, потеря кормильца, смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.
3. Экономические: безработица.

Каждому виду социального страхового риска соответствует определенный вид страхового обеспечения.

Финансовая база государственной системы социальной защиты населения состоит из следующих источников:

- 1) бюджет всех уровней (федеральный, региональный, местный);
- 2) государственные внебюджетные фонды (средства государственного обязательного социального страхования, обязательного мед. страхования, пенсионного фонда и т. д.);
- 3) средства целых фондов (фонда социальной поддержки населения, национального фонда поддержки инвалидов);
- 4) средства благотворительных организаций и фондов;
- 5) средства предприятий и отдельных граждан;
- 6) средства общественных организаций.

В соответствии с Конституцией РФ и Федеральным законом «Об основах обязательного социального страхования» в РФ наряду с Фондом обязательного медицинского страхования существуют иные государственные системы и фонды: Фонд обязательного социального страхования, Пенсионный фонд, Фонд обязательного страхования жизни и здоровья военнослужащих, Фонд обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и другие фонды.

**Фонд социального страхования** – это специализированное финансово-кредитное учреждение при правительстве РФ, которое является страховщиком, гарантом и плательщиком. Средства фонда формируются: из страховых взносов граждан (единый социальный взнос); отчислений

работодателей; налогов с оборота; отчислений лиц, занимающихся индивидуальной трудовой или предпринимательской деятельностью; частных пожертвований. (Подробно ставки и порядок уплаты ЕСН рассмотрен в теме 5)

Лично для себя ИП обязан делать оплату в два фонда: пенсионный и медицинского страхования, тогда как взносы в фонд страхования он делает в добровольном порядке.

Обязательные виды социального обеспечения следующие:

- пенсия по старости;
- пенсия по инвалидности;
- пенсия по случаю потери кормильца;
- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;
- пособие по беременности и родам;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- пособие на санаторно-курортное лечение;
- социальное пособие на погребение;
- оплата санаторно-курортного лечения.

Дополнительные виды социального обеспечения следующие:

- предоставление медицинской помощи, сверх установленной ОМС, в том числе на приобретение лекарств;
- дополнительный бытовой уход за пострадавшими и инвалидами; протезирование;
- обеспечение по медицинским показаниям транспортными средствами;
- профессиональное обучение и переобучение, реабилитация инвалидов или пострадавших от катастроф.

Медицинское страхование – самая сложная форма социального страхования, вершина страховой деятельности.

Принципы, на которых строится организационно-правовая и финансовая основа ОМС, носят ярко выраженный социальный характер. Основными являются:

- всеобщий и обязательный характер: все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
- государственный характер обязательного медицинского страхования: средства ОМС находятся в государственной собственности. Для реализации государственной финансовой политики созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации;
- общественная солидарность и социальная справедливость: соблюдение принципов «здоровый платит за больного», «богатый платит за

бедного», «молодой платит за старого».

Эти принципы нашли в той или иной мере свое воплощение в обязанностях, правах и ответственности субъектов медицинского страхования.

Граждане Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеют право на:

- выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;
- получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это в договоре ОМС или нет;

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе обязательного медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Страхователями при ОМС являются:

для неработающего населения – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления;

для работающего населения – предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, а также лица свободных профессий (лица творческих профессий, не объединенных в творческие союзы).

Страхователь имеет право на:

- свободный выбор страховой организации;
- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
- привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Обязанности страхователя:

- заключать договор ОМС со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном законодательством и договором обязательного медицинского страхования;
- принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья работающих, подлежащих страхованию.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе

договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, который должен иметь силу на всей территории Российской Федерации.

Важнейшие функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС.

Говоря об управлении процессами на рынке медицинских услуг, следует отметить, что здравоохранение – это отрасль профессиональной деятельности и одновременно отрасль общественного хозяйства, изначально подверженная регулированию.

**Обязательное медицинское страхование** – это страхование, обязательное для всех граждан РФ, гарантирующее получение медицинской помощи в объеме программы ОМС за счет фондов ОМС, образованных из страховых взносов государства, муниципалитетов, хозяйствующих субъектов всех форм собственности.

Структурная схема системы ОМС сформировалась на основе механизма реализации договорных рыночных отношений с участием страховых медицинских организаций (СМО) и взаимодействия субъектов ОМС и территориальных фондов ОМС. При наличии системы медицинского страхования, в которой «деньги следуют за пациентом», распорядителями финансовых ресурсов системы становятся, по существу врачи, которые, проводя обследование больных и выбирая схемы лечения и объемы медицинских услуг, во многом определяют уровень содержания медицинского учреждения.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет целевых обязательных платежей страхователей.

1. Из бюджетов субъектов федерации отчисляются средства в фонд ОМС за неработающее население (дети, учащиеся, студенты, пенсионеры, безработные). За эти выплаты отвечают органы государственного управления в регионах.

2. За работающее население страховые взносы в ОМС осуществляют работодатели и предприятия, организации и т. д. от всех видов собственности.

3. Непосредственное участие работников в выплате страховых взносов в системе ОМС в настоящее время не предусмотрено.

ОМС обеспечивает только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного в результате болезни, производится за счет другой государственной системы обязательного социального страхования.

Медицинская помощь оказывается застрахованным в соответствии с базовой программой ОМС. Базовая программа определяет объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам РФ.

Программа разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи), которые являются основой для формирования расходов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в бюджетах всех уровней, бюджетах Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

***СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СРЕДНИЕ ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ*** *приведены в соответствии с Законом Краснодарского края от 21 декабря 2018 года №3929-КЗ «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»*

*Статья 5. Средние нормативы объема медицинской помощи.*

1. Средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам её оказания составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках Территориальной программы (ТП) ОМС – 0,300 вызова на 1 застрахованное лицо;

2) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), за счет средств краевого бюджета – 0,730 посещения на 1 жителя (включая посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому), в рамках ТП ОМС - 2,880 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая выявление онкологических заболеваний, - 0,790 посещения на 1 застрахованное лицо, из них в рамках диспансеризации - 0,16 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

3) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, за счет средств краевого бюджета – 0,144 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 жителя, в рамках ТП ОМС – 1,770 обращения на 1 застрахованное лицо;

4) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках ТП ОМС – 0,560 посещения на 1 застрахованное лицо;

5) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров за счет средств краевого ТП программы ОМС – 0,062 случая лечения на 1

застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» – 0,00631 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

б) для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств краевого бюджета – 0,0146 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках ТП ОМС – 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» – 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделений медицинских организаций в рамках ТП ОМС – 0,004 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25% для медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 - 17 лет с учетом реальной потребности);

7) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода) за счет средств краевого бюджета – 0,092 койко-дня на 1 жителя;

8) для паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, за счет средств краевого бюджета – 0,008 посещения на 1 жителя.

*Статья 6. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования.*

1) на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – - 2314,00 руб.;

2) на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 440,50 руб., за счет средств ОМС – 473,80 руб., на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств ОМС - 1021,50 руб., на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, за счет средств ОМС - 1185,60 руб.;

3) на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 1277,30 руб., за счет средств ОМС – 1314,80 руб.;

4) на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 601,40 руб.;

5) на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета – 13045,50 руб., за счет средств ОМС – 19266,10 руб., на 1 случай лечения по профилю «онкология» за счет средств ОМС – 70586,60 руб.;

б) на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в



стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета - 75560,80 руб., за счет средств ОМС - 32692,01 руб., на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования - 76708,50 руб.;

7) на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС - 34656,60 руб.;

8) на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета - 2022,90 руб.;

9) на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), за счет средств краевого бюджета - 396,00 руб.;

на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи за счет средств краевого бюджета (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) - 1980,00 руб.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные ТП, составляют за счет средств краевого бюджета (в расчете на 1 жителя) в 2019 г. - 3488,60 руб., в 2020 г. - 3621,10 руб., в 2021 г. - 3765,90 руб., за счет средств ОМС на финансирование ТП ОМС (в расчете на 1 застрахованного) без учета расходов на обеспечение выполнения территориальным фондом ОМС своих функций в 2019 г. - 11721,77 руб., в 2020 г. - 12622,79 руб., в 2021 г. - 13457,29 руб.

Нормативные объемы и нормативы финансовых затрат для реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи ежегодно пересматриваются в соответствии с изменением медицинских потребностей населения и возможностей государственного финансирования.

### Образец решения типового задания:

Используя численность населения Темрюкского района – 116 318 человек, а также нормативные объемы медицинской помощи в расчете на 1000 человек и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, провести расчет и дать экономическое обоснование стоимости территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи для населения района. Определить структуру финансовых расходов по видам помощи и построить секторную диаграмму. В Краснодарском крае на 2009 год соответствующие нормативы составляли:

Виды медицинской помощи и показатели	Нормативные объемы медицинской помощи (на 1000 человек)	Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (руб.)
Амбулаторно-поликлиническая помощь:		
- количество посещений	8851	218,1
- количество дней лечения в дневных стационарах	581	478,0
Стационарная помощь		
- количество койко-дней	2739	1380,6
Скорая медицинская помощь		
- количество вызовов	375	1710,1

Решение:

1. Определяем планируемый объем медицинской помощи по посещениям в амбулаторно-поликлинические учреждения:

На 1000 населения 8851 посещений

На 116 318 человек А посещений

$$A = \frac{8851 * 116318}{1000} = 1029530,618$$

2. Определяем планируемый объем медицинской помощи по количеству дней лечения в дневных стационарах:

На 1000 населения - 581 день

На 116 318 человек - В дней

$$B = \frac{581 * 116318}{1000} = 67617,361$$

3. Определяем планируемый объем медицинской помощи по количеству койко-дней в стационарах:

На 1000 населения 2739 койко-дней

На 116 318 человек С койко-дней

$$C = \frac{2739 * 116318}{1000} = 318595,002$$

4. Определяем планируемый объем медицинской помощи по количеству вызовов бригад СМП:

На 1000 населения 375 вызовов

На 116 318 человек D вызовов

$$D = \frac{375 * 116318}{1000} = 43619,25$$

5. Определяем величину финансовых затрат, необходимых для обеспечения планируемого объема медицинской помощи по посещениям в амбулаторно-поликлинические учреждения:

1 посещение 218,1 рубля

1029530,618 посещений E рублей

$$E = 1\,029\,530,618 * 218,1 = 224\,540\,627,78 \text{ рубля}$$

6. Определяем величину финансовых затрат, необходимых для обеспечения планируемого объема медицинской помощи по количеству дней лечения в дневных стационарах:

1 день 478,0 рубля

67617,361 день F рублей

$$F = 67617,361 * 478,0 = 32\,321\,098,56 \text{ рубля}$$

7. Определяем величину финансовых затрат, необходимых для обеспечения планируемого объема, медицинской помощи по количеству койко-дней в стационарах:

1 койко-день - 1380,6 рубля

318 595,002 койко-дня G рублей

$$G = 318\,595,002 * 1380,6 = 439\,852\,259,76 \text{ рубля}$$

8. Определяем величину финансовых затрат, необходимых для обеспечения планируемого объема медицинской помощи по количеству вызовов СМП:

1 вызов 1710,1 рубля

43 619,25 вызовов H рублей

$$H = 43\,619,25 * 1710,1 = 74\,593\,279,43 \text{ рубля}$$

9. Определяем величину финансовых затрат, необходимых для обеспечения всего планируемого объема медицинской помощи по программе государственных гарантий:

$$R = E + F + G + H$$

$$R = 224\,540\,627,78 + 32\,321\,098,56 + 439\,852\,259,76 + 74\,593\,279,43 = 771\,307\,265,53 \text{ рубля}$$

10. Определяем долю расходов по каждому виду медицинской помощи в общем объеме, финансовых затрат, необходимых для обеспечения

программы государственных гарантий:

R (общий объем расходов) 100%  
 E (расходы на посещения поликлиники) «Y» %  
 и т.д.

11. Заполняем таблицу, строим графическое изображение, делаем вывод.

*Таблица* – Расчет стоимости территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи для населения Темрюкского района Краснодарского края

Вид помощи	Нормативные объемы медицинской помощи (на 1000 человек)	Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (руб.)	Население	Объем помощи (натуральные показатели)	Финансовые затраты	
					Абс. (руб)	%
Амбулаторная (посещения)	8851	103,4	116318	1029530,618	224540627,78	29,1
Амбулаторная (дневные стационары)	581	174,7		67617,36	32321098,56	4,2
Стационары	2739	753,85		318595,002	439852259,76	57,0
Скорая медицинская помощь	375	608,8		43619,25	74593279,43	9,7
ИТОГО					771307265,53	100

### Индивидуальные задания к практическому занятию:

Используя численность населения одного из представленных ниже районов Краснодарского края, а также нормативные объемы медицинской помощи в расчете на 1000 человек и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

провести расчет и дать экономическое обоснование стоимости территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи для населения данного района.

определить структуру финансовых расходов по видам помощи и построить секторную диаграмму.

оценить динамику изменения объемов финансирования за 10 лет, сопоставив норматив 2009 г (приведен в образце) с нормативом на 2019 г.

*Варианты:*

1. Куцевский район	70445 человек
2. Ленинградский район	65833 человек
3. Мостовской район	71947 человек
4. Новокубанский район	86266 человек
5. Новопокровский район	46523 человек
6. Отраденский район	65621 человек
7. Павловский район	68243 человек
8. Приморско-Ахтарский район	60239 человек
9. Туапсинский район	61137 человек
10. Успенский район	40988 человек

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Общие сведения о финансах и финансовой системе.
2. Движение и распределение денежных средств.
3. Источники финансирования медицинской деятельности.
4. Прямое и косвенное финансирование здравоохранения.
5. Медицинское страхование в РФ.
6. Системы страхования здоровья в зарубежных странах.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. К какому типу систем здравоохранения следует относить Российскую Федерацию с введением закона "О медицинском страховании граждан РФ".
  - а) система страхования здоровья, регулируемая государством
  - б) частнопредпринимательская система здравоохранения
  - в) государственная система здравоохранения
  - г) бюджетно-страховая медицина
  - д) ни к одному из выше перечисленных
2. Основными источниками финансирования при бюджетной системе здравоохранения являются средства
  - а) предприятий и организаций
  - б) граждан
  - в) бюджета
  - г) социального страхования, включающие ОМС
  - д) добровольного медицинского страхования
3. Источниками финансирования здравоохранения в России в настоящее время являются
  - а) государственный бюджет
  - б) средства обязательного медицинского страхования
  - в) муниципальные бюджеты
  - г) ведомственные источники финансирования

д) все перечисленные

4. Финансирование стационаров в условиях нового хозяйственного механизма осуществляется:

- а) за пролеченного больного
- б) по душевым нормативам
- в) за оказанные услуги
- г) по смете расходов
- д) все перечисленное верно

5. Основой доходной части бюджета являются

- а) налоги хозяйствующих субъектов
- б) налоги с населения
- в) временно свободные вклады трудящихся
- г) государственные займы
- д) все перечисленное верно

6. Расходы государственного бюджета могут быть направлены на финансирование

- а) государственного хозяйственного сектора
- б) социальной сферы и науки
- в) обороны
- г) управления
- д) на все перечисленное

7. Укажите целевое использование средств обязательного медицинского страхования

- а) финансирование страховщиком медицинских услуг в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования
- б) приобретение оборудования и аппаратуры
- в) финансирование профилактических мероприятий
- г) финансирование государственных целевых программ по медицинскому обеспечению населения
- д) специализация и повышение квалификации медицинских кадров

8. Преимущественным методом финансирования медицинских учреждений через страховые компании является

- а) предварительное кредитование
- б) оплата счетов-фактур за оказанные услуги
- в) оплата определенных видов деятельности

9. Взнос на обязательное медицинское страхование на работающее население к фонду оплаты труда составляет

- а) 28,0%

б) 2,0%

в) 5,1%

г) 5,4%

10. Итог хозяйственной деятельности, выраженный в форме прибыли (убытка), называется:

а) двойной записью

б) бухгалтерским учетом

в) балансом

г) финансовым результатом

## **Глава 5 Предпринимательство в медицинской деятельности**

### **Тема 7. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Процесс производства – это определенным образом организованная деятельность, направленная на преобразование природы и использование экономических ресурсов с целью создания необходимых товаров и услуг, которые предназначены для удовлетворения человеческих потребностей. Оно определяет качество и количество произведенного продукта, затраты факторов производства, характер экономических и социальных отношений, возникающих между людьми.

**Предпринимательской** является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

**Предпринимательство** –

- процесс создания нового, обладающего ценностью;
- процесс, предполагающий принятие на себя финансовой, моральной и материальной ответственности;
- процесс, приносящий в результате денежный доход и личное удовлетворение достигнутым результатом.

**Предпринимательством в здравоохранении** следует считать деятельность организаций и частных лиц, направленную на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющую возместить затраты на осуществление этой деятельности и периодически получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих и лечение лиц и организаций.

Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении может быть как *товар* (т.е. вещь, предназначенная для

продажи – оборудование, инструменты, лекарства), так и услуга (консультационная, лечебно-диагностическая, страховая).

**Предпринимательство в здравоохранении** – это не только чисто **производственное** предпринимательство (ориентированное на оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов), но и **торговое, финансовое, страховое и посредническое предпринимательство**.

*Финансовое предпринимательство* – объектом купли-продажи здесь является конкретный специфический товар – денежные средства (в любом их виде, включая российскую валюту, иностранную валюту и ценные бумаги).

*Торговое предпринимательство* в сфере здравоохранения – купля-продажа товаров медицинского назначения.

*Страховое предпринимательство* – продажа особой услуги - страховой защиты (жизни, здоровья, имущества, риска и ответственности). Собственно предпринимательским является частное страхование, тогда как государственное страхование выполняет, социальную функцию и не связано непосредственно с получением прибыли.

Функции медицинского предпринимательства:

Общэкономическая – участие хозяйствующих субъектов рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения в общественном разделении труда и обеспечении потребностей в товарах и услугах медицинского назначения;

Ресурсная – направлена на эффективное использование в медицинской деятельности как воспроизводимых, так и невоспроизводимых ресурсов;

Инновационная – обусловлена потребностью в непрерывном технико-технологическом развитии медицинских организаций, в том числе за счет средств предпринимателей.

Социальная – проявляется в направленности деятельности коммерческих организаций здравоохранения на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан.

Организаторская – принятие бизнесменами, собственниками имущества, используемого в медико-производственных целях, самостоятельных эффективных решений в области организации и диверсификации собственного дела.

Политическая – профессиональные ассоциации врачей и фармацевтов

В зависимости от формы собственности различают государственное (оказание медицинских услуг государственными организациями на коммерческой основе), частное и смешанное предпринимательство.

Первичной производственной ячейкой экономической системы является *предприятие* (фирма), где происходит соединение факторов производства с целью создания товаров и услуг.

Предприятие может быть рассмотрено с точки зрения:

- *технико-экономического аспекта (организационной формы производства)* как



- комплекс производительных сил,
- кооперация на основе внутреннего разделения труда,
- первичное звено производства,
- форма организации и объект управления.
  - *социально-экономического аспекта (субъекта хозяйствования)* как
- экономически обособленный субъект хозяйствования,
- субъект отношений присвоения,
- юридическое лицо.

*Признаки предприятия - юридического лица:*

- учреждение согласно закону;
- наличие организационного единства и структурной оформленности;
- обладание необходимым имуществом;
- самостоятельная материальная ответственность;
- выступление в хозяйственном обороте от собственного имени.

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют некоммерческие и коммерческие организации. Номенклатура некоммерческих медицинских организаций утверждена Приказом Минздрава России от 06.08.2013 №529н и включает лечебно-профилактические медицинские организации, медицинские организации особого типа и медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В ранее действовавшей номенклатуре основной формой некоммерческих медицинских организаций были учреждения. Оказание ими платных медицинских услуг осуществлялось на основании постановления Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Данное постановление утратило силу с 1 января 2013г. т.к. было принято новое Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в соответствии с которым:

**Платные медицинские услуги** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

**Потребитель** – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**Заказчик** – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**Исполнитель** – медицинская организация, предоставляющая платные

медицинские услуги потребителям.

Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21

Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Согласно Российскому законодательству, медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. В соответствии с п. 2 ст. 41 Конституции РФ, а также ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в РФ выделяют три системы здравоохранения: государственную, муниципальную и частную.

Согласно Гражданскому Кодексу, к коммерческим организациям относятся хозяйственные товарищества, общества, производственные кооперативы, государственные и муниципальные унитарные предприятия.

**Хозяйственные товарищества** создаются в форме:

а) полного товарищества, участники которого в соответствии с заключенным между ними договором занимаются предпринимательской деятельностью и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом,

б) товарищества на вере (коммандитного товарищества), в котором наряду с участниками, осуществляющими от имени товарищества предпринимательскую деятельность, имеется один или несколько участников-вкладчиков (коммандитистов), несущих риск убытков в пределах сумм внесенных ими вкладов и не принимающих участия в предпринимательской деятельности.

**Общество с ограниченной ответственностью (ООО)** – учрежденное одним или несколькими лицами общество, уставный капитал которого разделен на доли согласно учредительным документам. Участники этого общества не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков в пределах стоимости внесенных ими вкладов.

**Общество с дополнительной ответственностью (ОДО)** – учрежденное одним или несколькими лицами общество, уставный капитал которого разделен на доли согласно учредительным документам. Его

участники солидарно несут ответственность по обязательствам общества своим имуществом в одинаковом для всех кратном размере к стоимости их вкладов. При банкротстве одного из них его ответственность распределяется между остальными лицами.



Рисунок 7.1 – Участники экономической деятельности

**Акционерное общество (АО)** – общество, уставный капитал которого разделен на определенное число акций; участники (акционеры) не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им акций. При этом бывают открытые (ОАО) и закрытые (ЗАО) акционерные общества.

**Производственные кооперативы (ПК)** – добровольные объединения граждан на основе членства для совместной производственной или иной хозяйственной деятельности (производство, сбыт, торговля, оказание услуг).

**Государственные и муниципальные унитарные предприятия (УП)** – коммерческие организации, не наделенные правом собственности на закрепленное собственником (государством, муниципалитетом) имущество.

При этом все чаще имеет место частная практика, ведение **индивидуального предпринимательства**. Каждый дееспособный гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. Капитал предпринимателя не выделяется из его личного имущества. Риск распространяется на все его

имущество.

В медицине широко распространены многие виды локальных, контактных услуг, оказание которых не требует создания мощных организаций, характерных для массового производства. Такие задачи медицинского обслуживания населения могут успешно решаться **малыми предпринимательскими структурами**, обладающими высокой оперативностью, гибкостью, чувствительностью к запросам каждого конкретного пациента. Развитие малого предпринимательства в здравоохранении объективно вписывается в общую логику процессов либерализации экономики, децентрализации и демополизации.

Чтобы считаться малым, средним или микропредприятием, нужно соответствовать трем основным параметрам: лимит по размеру доходов; лимит по численности сотрудников; лимит по доле участия других компаний в уставном капитале. Приведем критерии:

- микропредприятие – предприятие с численностью работников до 15 человек и доходом до 120 млн. рублей;
- малое предприятие – предприятие с численностью работников от 16 до 100 человек и годовым оборотом до 800 млн. руб.;
- среднее предприятие – предприятие с численностью работников от 101 до 250 человек и годовым оборотом до 2 млрд. руб.

Доля участия других лиц в капитале:

Доля участия государственных образований (РФ, субъектов РФ, муниципальных образований), общественных и религиозных организаций и фондов не более 25% в сумме.

Доля участия обычных юридических лиц (в том числе иностранных) не более 49% в сумме.

Доля участия юрлиц, которые сами субъекты малого и среднего предпринимательства, не ограничена.

Количество работников определяется на основании среднесписочной численности, отчет по которой предоставляется ежегодно в налоговую инспекцию.

С 1 августа 2016 года создан единый реестр субъектов малого и среднего предпринимательства (МСП). Его формирует Налоговая служба самостоятельно на основании отчетности субъектов малого бизнеса:

- сведений о доходах;
- среднесписочной численности сотрудников;
- данных из Единого госреестра юридических лиц и Единого госреестра индивидуальных предпринимателей; информации от других государственных органов.

Согласно Единому реестру субъектов малого и среднего предпринимательства на 1 августа 2016 года в РФ в целом насчитывалось порядка 238796 тыс. малых предприятий, в Краснодарском крае 6776 тыс. малых предприятий. В отраслевой структуре МСП преобладали предприятия розничной торговли: более 40% юридических лиц и более 60%

индивидуальных предпринимателей; бытовые услуги оказывали 18% МСП; на отрасль здравоохранения приходилось 1,2% предприятий. Известно, что малый бизнес является одним из основных источников новых рабочих мест: из общего числа замещенных рабочих мест 210,3 тыс., в МСП было 73,6 тыс. Вклад МСП в экономику России оценивался в 20-25%.

Положительным моментом при создании малого предприятия является возможность применения упрощенной системы налогообложения, учета и отчетности предпринимателями, получение государственной поддержки.

С развитием и появлением новых форм предпринимательской деятельности собственность приобретает все большую значимость.

**Собственность** – это отношения между человеком или группой лиц (субъектом) с одной стороны, и предметами имущества, природы, вещества (объектом) с другой.

**Формы собственности** – это их вид, характеризующийся по признаку субъекта собственности.

В любых отношениях собственности принимают участие самые неравнозначные объекты. Принято считать доминирующими средства производства (оборудование), но значение других объектов и факторов (информация, патенты, лицензии) непрерывно растет.

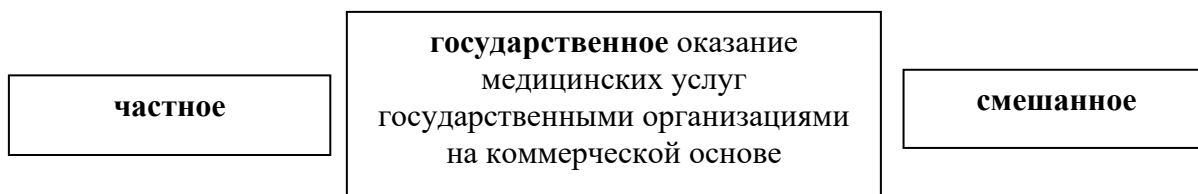
Общая схема отношений субъекта и объекта собственности и их взаимосвязи могут быть отражены следующим образом:



Рисунок 7.2 – Взаимоотношения субъекта и объекта собственности

Переход от государственного управления к ведению деятельности на рыночных условиях предполагает изменение статуса организации, а прежде всего организационно-правового.

В зависимости от формы собственности различают



Связи между субъектами и объектами собственности осуществляются через отношения:

Владения – начальная форма собственности, юридическая фиксация субъекта собственности,

Пользования – применение объекта собственности в соответствии с его назначением и по усмотрению пользователя,

Распоряжения – наиболее всеобъемлющий способ реализации отношений между субъектами и объектами собственности,

Ответственности – бремя ответственности, возникающее автоматически (потеря, ущерб).

Выбор организационно-правовой формы предпринимательской деятельности осуществляется на основе сравнительного анализа сильных и слабых сторон организационных форм юридических лиц. Важно отметить, что выбор формы также базируется на грамотной внутренней схеме управления организации.

Предприятие (организация) может состоять из одного или нескольких человек и обслуживать жителей небольшого района или города. Когда и в каких случаях отдельный предприниматель или группа предпринимателей становятся предприятием?

Для того чтобы отдельный предприниматель или несколько человек, решившие вместе начать дело, стали организацией (фирмой), они должны **зарегистрировать** ее в соответствии с правилами законодательства. В разных странах эти правила несколько отличаются, но суть процедуры одинакова. Для того чтобы зарегистрироваться, будущее предприятие должно представить о себе следующие документы:

- документ, определяющий отношения между будущей организацией и обществом, а также отношения между работниками внутри самой организации – **устав**,

- документ, определяющий отношения между самими учредителями предприятия – **учредительный договор**.

## УЧРЕДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

### УСТАВ

документ, определяющий отношения между будущей организацией и обществом, а также отношения между работниками внутри самой организации.

В уставе записывается:

- Имена или названия создателей и будущих владельцев предприятия (учредителей).
- Название и адрес будущего предприятия (организации).
- Цель создания предприятия, т.е. какие услуги будет оказывать – предмет и цели деятельности фирмы.
- Размер уставного капитала, а иногда и доля каждого владельца. Например, при создании субъекта предпринимательства все участники вложили одинаковые суммы денег – значит, они имеют равные доли в общем капитале фирмы.
- Права и обязанности владельцев предприятия.
- Порядок управления деятельностью предприятия.
- Порядок принятия новых учредителей предприятия и выхода старых.
- Порядок прекращения деятельности фирмы и ее реорганизация.
- Порядок распределения прибыли между учредителями.

### УЧРЕДИТЕЛЬНЫЙ ДОГОВОР

документ, определяющий отношения между самими учредителями предприятия  
В учредительном договоре записывается

как создается предприятие (организация).

То есть этим документом определяются правила, согласно которым владельцы будут вносить свои доли в уставный капитал.

Учредители могут внести свою долю в уставный капитал денежными или материальными (например, аппарат УЗИ) средствами, а могут и нематериальными (например, право на пользование помещением).

Решение о регистрации (или отказ в регистрации) принимает регистрационный орган – регистрационная палата.

После того как субъект предпринимательства зарегистрирован, его владельцам выдается *свидетельство о регистрации*, которое разрешает предприятию (организации), производственную, коммерческую и прочую деятельность. Однако, прежде чем начать такую деятельность необходимо получить *фирменную печать и штамп*, которыми заверяются подписи. Необходимо также открыть в банке *расчетный счет*, а также встать на учет в *налоговую инспекцию*. Владельцы предприятия обязаны внести на расчетный счет сумму денег, которая определена в уставе как капитал (уставный капитал, уставный фонд). (рис. 7.3)

С этого момента владелец и его предприятие уже не одно и то же, предприятие начинает существовать «само по себе». Это значит, что деньги на расчетном счете в банке – уже не личные деньги владельца или



совладельца, а деньги предприятия и пользоваться ими можно, подчиняясь определенным правилам.

Это состояние участников экономической деятельности определяется в экономике как: предприятие имеет обособленное имущество и является юридическим лицом.



Рисунок 7.3 – Порядок создания нового предприятия

В России применяется государственная регистрация коммерческих предприятий по принципу одного окна (процедура проводится в налоговой инспекции). Сущность данного принципа заключается в том, что учредители предприятий, подавая пакет документов для их регистрации в один регистрирующий орган, по окончании процедуры одновременно получают документы из нескольких государственных инстанций. Это существенно ускоряет процесс регистрации и избавляет учредителей от значительных потерь времени. Ответственность за правильность составления документов полностью ложится на учредителей предприятий. В соответствии с российским законодательством срок, отведённый на регистрацию любых юридических лиц, составляет 5 рабочих дней. На момент государственной регистрации вносится 100% уставного капитала для ГУП и МУП, для ПК – 10%, для всех остальных 50%.

Каждый **дееспособный** гражданин вправе заниматься **предпринимательской деятельностью** без образования юридического лица с момента государственной **регистрации** в качестве индивидуального предпринимателя (ИП).

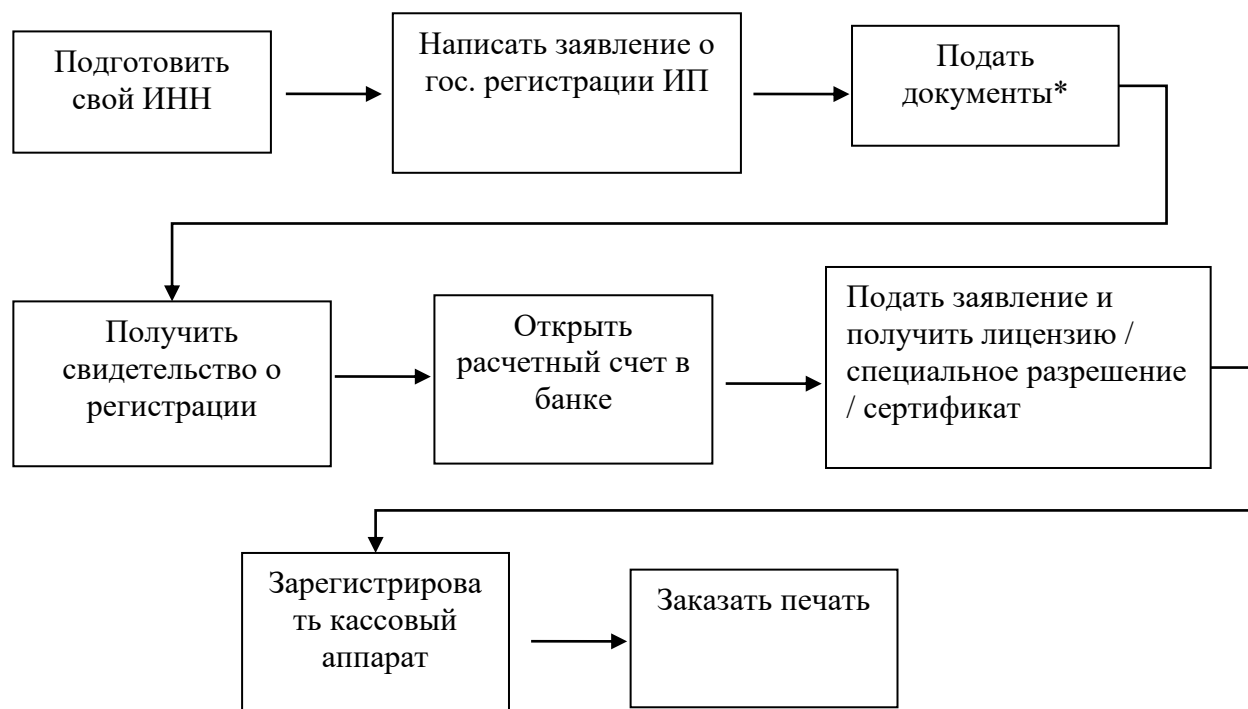


Рисунок 7.4 – Порядок регистрации ИП

С точки зрения процедуры регистрации быстрее и проще зарегистрироваться в качестве **индивидуального предпринимателя**. Для этого необходимо собрать и подать документы:\*

- заявление о государственной регистрации (можно заполнить на сайте [www.nalog.ru](http://www.nalog.ru));
- копию паспорта;
- копию свидетельства о присвоении ИНН;
- квитанцию об оплате госпошлины за регистрацию в качестве ИП;
- справку о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо его прекращения;
- в случае применения упрощенной формы налогообложения – соответствующее заявление.

Неотъемлемым элементом предпринимательской деятельности является разработка и составление бизнес-планов и последующее обязательное их выполнение.

Медицинское учреждение как объект бизнес-планирования является объектом с ограниченными ресурсами. Часто для учреждения задаются внешние условия деятельности и нормируется процесс расходования бюджетных и целевых средств. Бизнес-планирование в отрасли чаще всего применяется в отношении инвестиционных проектов.

**Инвестиционный проект** – это обоснование экономической целесообразности объема и сроков капитальных вложений в том числе необходимая проектно-сметная документация, разработанная в соответствии

с законодательством РФ, утвержденными стандартами (нормами и правилами), а также описание практических действий по осуществлению инвестиций (бизнес-план проекта).

Проект реализуется и достигает определенных поставленных перед ним целей за ограниченный промежуток времени. Началом проекта можно считать рождение замысла, начало реализации проекта, либо начало вложения средств. Окончанием проекта может считаться окончание финансирования, достижение поставленных целей, прекращение, модернизация проекта, вывод объекта из эксплуатации

Бизнес-план наряду с другими финансовыми документами служит для обоснования необходимости инвестиций и дает представление о том, каким образом предполагается решить задачи выхода на рынок с новыми товарами или достигнуть других целей, намеченных инвестиционным проектом.

Российское законодательство не предусматривает в обязательном порядке разработку бизнес-плана, который на практике является новым документом для предприятий, нуждающихся в привлечении инвестиций.

**Бизнес-план** – это заранее намеченная, практически осуществимая система согласованных, взаимоувязанных во времени предпринимательских действий, обеспечивающих достижение целей предпринимательского проекта.

Бизнес-план предпринимательского проекта выполняет **две основные задачи**: во-первых, помогает предпринимателю оценить рациональные **масштабы** и ожидаемые **результаты** проекта.

А во-вторых, способствует **достижению взаимопонимания** между предпринимателем и его компаньонами, коммерческими партнерами и внешними инвесторами, заинтересованными в реализации данного проекта.

### **Разделы бизнес-плана учреждения здравоохранения**

1. **Краткая характеристика ЛПУ** - правовой статус, перечень видов деятельности

2. **Описание основных видов деятельности** - анализ положения дел, суть проекта, правовое обеспечение деятельности

3. **Производственный план** – основная лечебная деятельность, перспективы развития

4. **План маркетинга** – анализ сегментов рынка, потребностей, возможностей предложения услуг, конкуренция

5. **Организационный план** – схема управления, кадры учреждения

6. **Финансовый план** – стратегия доходов и расходов

7. **Оценка экономической эффективности** – выбор количественных критериев эффективности деятельности, пути их достижения.

Описание основных направлений деятельности и условий их реализации составляет основную часть первого раздела. Причем, исходя из анализа тенденций и основных показателей развития ЛПУ, можно с определенной вероятностью наметить пути совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе механизмов стратегического бизнес-

планирования.

**Стратегическое планирование** – это управленческая деятельность по созданию и поддержанию соответствия между стратегическими целями организации, ее потенциальными возможностями и шансами в сфере маркетинга.

Структурировать цели и задачи стратегического развития организации – обязанность руководителя.

Идея разработки бизнес-плана деятельности чаще всего связана с обновлением ассортимента оказываемых услуг, освоением новых медицинских услуг и технологий.

Описание сути нового направления, его актуальности и значимости связано с развитием новых медицинских услуг или обеспечением конкурентоспособности уже существующих методик и технологий лечения.

Перечень видов услуг в бизнес-плане развития должен:

- Содержать описание услуг,
- Раскрывать их основные преимущества и недостатки,
- Потенциальную и реальную потребность в услугах,
- Отвечать на вопросы:
  - на удовлетворение какой потребности направлен бизнес-план,
  - какую призван удовлетворить в первую очередь,
  - насколько изменчив спрос и т.д.

Маркетинговые исследования становятся актуальными для ЛПУ, так как рынок насыщен идентичными платными услугами, оказываемыми всеми учреждениями здравоохранения.

При этом предложение отдельных медицинских и сервисных услуг здравоохранения превышает спрос и конкурентную борьбу за потребителя.

Цены, определяемые спросом или конъюнктурой рынка, колеблются от максимально высоких до минимально возможных размеров.

Целенаправленная ценовая политика учреждения должна устанавливать на услуги такие цены и так изменять их в зависимости от ситуаций на рынке, чтобы овладеть определенной долей рынка и получать необходимый объем прибыли или безубыточности.

**Доля рынка медицинских услуг** – часть рынка отрасли, которая используется учреждениями для продажи своих услуг.

**Сегментирование рынка** – разделение общей совокупности потребителей медицинских услуг на определенные группы (сегменты), различающиеся по целому ряду факторов (социальное положение, уровень доходов, профессия, семейное положение, пол, возраст и др.)

**Финансовый план** отражает планирование финансового ресурса и финансовой устойчивости учреждения и эффективное использование денежных средств. В этом разделе объединены планово-отчетные документы:

- оперативный план,
- план доходов и расходов от предпринимательской деятельности,

- план движения денежных средств и возможности взаимозачетов,
- балансовый отчет.

В **балансовом отчете** отражаются полные сведения о собственности учреждения (перечень активов) и задолженности (пассивы). Этот документ показывает чистую стоимость и ликвидность организации.

Формализация данных баланса необходима при подаче налоговых деклараций и запрашивается всеми кредиторами и инвесторами.

**Оценка суммарной эффективности** является заключительной частью бизнес-плана и обосновывает его экономическую и медицинскую целесообразность.

Частичная оценка эффективности факторов является составной частью соответствующего раздела. Экономическую эффективность деятельности оценивают с помощью количественных критериев и показателей.

Таким образом перед предпринимателем всегда стоит достаточно широкий круг вопросов. Однако предпринимательство еще и решает ряд задач посредством выполнения определенных функций.

В настоящее время наибольшее распространение получила классификация объектов предпринимательской деятельности по типу собственности. Все они обладают определенными преимуществами, но у каждого есть и свои недостатки.

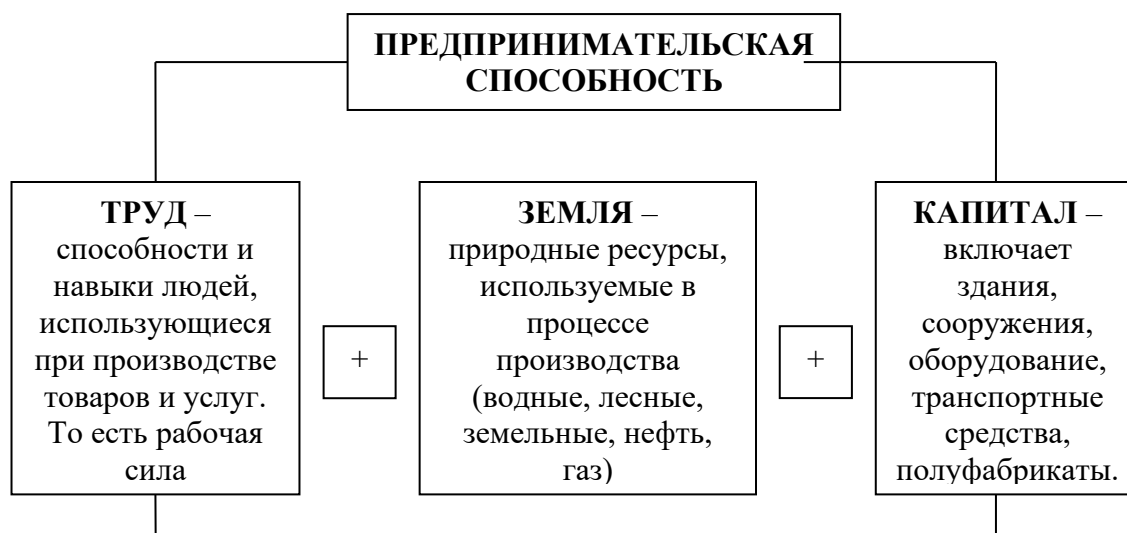
Предприятие (организация) может состоять из одного или нескольких человек и обслуживать жителей небольшого района или города.

**Риск** – главная отличительная черта предпринимателя, а целью осуществления предпринимательской деятельности является максимизация дохода с помощью выявления наиболее эффективной комбинации факторов производства.

Никто не гарантирует предпринимателю, что конечным результатом его деятельности будет полученный доход или он понесет убыток.

**Предпринимательство** или предпринимательский ресурс – это особый механизм реализации предпринимательских способностей людей, основанный на действующей модели рыночной экономики.

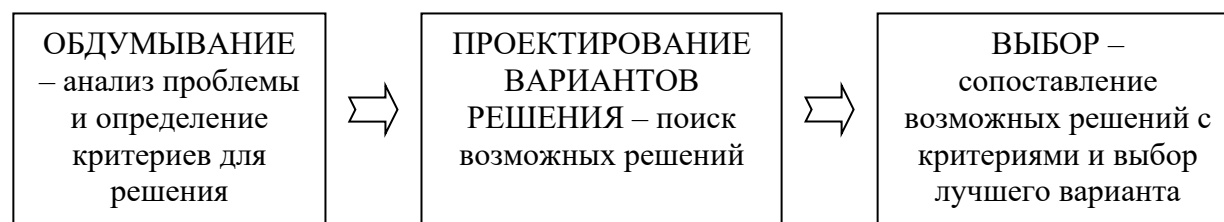
Предпринимательство имеет ряд взаимодействующих между собой составных элементов – **факторы производства**. Предпринимательская способность как один из факторов производства объединяет экономические ресурсы земли, капитала, труда в одном предприятии.



**Предприниматель** – это человек принимающий решения. Предприниматель берет на себя полномочия, позволяющие определять направление деятельности и обязывать свой персонал выполнить намеченные действия. Руководителю может в любое время потребоваться согласовать дату проведения работ, подобрать персонал для выполнения определенных работ, найти необходимый объем ресурсов и т.д. Возникает постоянная необходимость принятия различного рода решений.

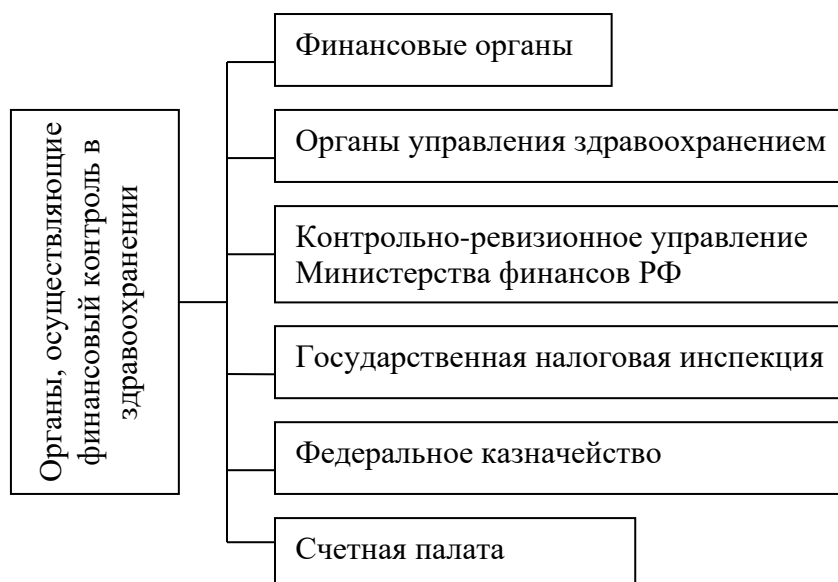
Руководители должны придерживаться общей схемы принятия решений и различать отдельные этапы этого процесса. При этом необходимо учитывать, что они потребуют различного внимания и времени в зависимости от конкретной ситуации.

**Принятие решений** – логический процесс, состоящий из нескольких этапов, кроме того, на эффективность принятия решений влияют множество факторов.





Необходимо учитывать еще один фактор – принимаемые предпринимателем решения должны соответствовать заявленным целям деятельности и соответствовать принятым законам, нормам и правилам.



## Индивидуальное задание к практическому занятию

Вам необходимо создать предприятие (коммерческую структуру), юридическое лицо по оказанию медицинских услуг.

Рекомендуемая форма – ООО

Действия по созданию предприятия провести в следующей последовательности:

1. Провести собрание учредителей и оформить протокол (образец)
2. Разработать макет учредительных документов (устав, договор), акцентируя внимание на общих целях и задачах предприятия
3. Оформить в тетради последовательность действий по созданию юридического лица и заполнить таблицу – Таблица 1
4. Рассчитать среднюю сумму затрат, необходимую для создаваемого Вами юридического лица.

Таблица 7.1 – Действия по созданию юридического лица

Действие	Орган	Предоставляемые / получаемые документы
1. Принятие решения учредителями о создании предприятия		
2. Подготовка и утверждение (принятие) учредительных документов предприятия		
3. Оплата уставного капитала		
4. Оплата госпошлины		
5. Оформление заявления о регистрации		
6. Представление документов для регистрации предприятия		
7. Государственная регистрация предприятия		
8. Получение идентификационных кодов		
9. Постановка на налоговый учет		
10. Открытие расчетного счета в банке		
11. Изготовление печати и углового штампа		
12. Получение лицензии		



ПРОТОКОЛ  
собрания учредителей

г. Краснодар

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Присутствовали: Иванов И.И., Сидоров С.С., Петров П.П.

Повестка дня: Обсуждалось создание предприятия (субъекта предпринимательства)

Слушали: Иванова И.И. с информацией о создании предприятия

Решили: 1. Создать субъект предпринимательства  
2. Утвердить учредительные документы  
3. Назначить уполномоченным лицом Иванова И.И.

Председатель  
Секретарь

Васильев В.В.  
Петров П.П.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Регистрирующий орган  
Учредителя субъекта  
предпринимательства

Заявление

Прошу зарегистрировать субъект предпринимательства.

Необходимые для этого документы прилагаются.

Подтверждаю, что содержащиеся в них сведения являются достоверными и соблюден установленный порядок создания субъекта предпринимательства.

Уполномоченное лицо

Иванов И.И.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
2. Индивидуальная предпринимательская деятельность.
3. Малое предпринимательство в медицине.
4. Планирование предпринимательской деятельности.
5. Бизнес-план. Принципы формирования. Основные разделы.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Право предоставления платных медицинских услуг населению дается лечебно-профилактическому учреждению:
  - а) при наличии лицензии на избранный вид деятельности
  - б) только при вхождении его в систему Минздрава РФ
  - в) в зависимости от формы собственности
  - г) верно все
  - д) верного ответа нет
2. Основой информационного процесса бизнес-планирования является;
  - а) экономическая информация;
  - б) государственная информация;
  - в) учётная запись;
3. Собственность, субъектом которой выступает физическое или юридическое лицо, называется
  - а) муниципальной
  - б) государственной
  - в) частной
  - г) смешанной
  - д) долевой или совместной
4. Прибыль по общему правилу облагается
  - а) подоходным налогом
  - б) налогом на прибыль
  - в) налогом на добавленную стоимость
  - г) единым социальным налогом
  - д) всеми перечисленными налогами
5. Предпринимательство – это (верно все, кроме одного):
  - а) процесс создания нового, обладающего ценностью,
  - б) процесс, предполагающий принятия на себя моральной ответственности,
  - в) процесс, предполагающий принятия на себя материальной ответственности,
  - г) процесс, приносящий в результате денежный доход,
  - д) процесс производства продукции.

6. К основным организационно-правовым формам предприятия относятся:

- а) государственные предприятия,
- б) муниципальные предприятия,
- в) акционерные общества,
- г) фонды
- д) все вышеперечисленные.

7. К разделам бизнес-плана не относится:

- а) нормативный план,
- б) план производства,
- в) план маркетинга,
- г) организационный план,
- д) финансовый план.

8. Что из перечисленного не относится к стадии предпринимательского процесса:

- а) управление созданным предприятием
- б) поиск необходимых ресурсов
- в) организация рекламы товаров
- г) поиск новой идеи и ее оценка
- д) составление бизнес-плана

9. Финансовый план коммерческой организации представляет собой;

- а) отчет о балансе денежных средств;
- б) отчет об убытке компании;
- в) отчет о прибылях и убытках;

10. Найдите неверный ответ. Врач общей практики:

- а) самостоятельно выбирает контингент пациентов.
- б) оказывает медицинские услуги по программе ДМС
- в) не оказывает услуги по Программе госгарантий
- г) распоряжается полученными в результате своей деятельности доходами
- д) действует на основании существующей нормативно-правовой базы.

## **Глава 6 Экономический анализ эффективности использования ресурсов медицинской организации**

### **Тема 8. ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Экономический анализ как функция управления – это оценка результатов действия всех других функций управления (организации, планирования, координации, учета, контроля и стимулирования), благодаря чему предоставляется возможность выработать решения (плановые, организационные и др.), способствующие переводу деятельности учреждений на более высокий уровень развития.

Анализ хозяйственной деятельности представляет собой систему знаний о содержании работы учреждений, методах, задачах и формах организации, процедурах рассмотрения конкретных производственных ситуаций для оценки результатов деятельности учреждений и выявления факторов улучшения.

Для медицинского учреждения выделяют следующие основные *задачи экономического анализа*.

1. Выявление потребностей общества в услугах учреждения. Определяются организационные мероприятия, выявляются факторы, которые могут оказать влияние на потребности в медицинских услугах.

2. Изучение полноты удовлетворения потребностей общества в услугах учреждения и контроль соблюдения установленных нормативов. Выявляется соответствие количества оказанных услуг потребности в них, изучается их состав по различным признакам.

3. Оценка эффективности использования ресурсов. Выявляется роль трудовых и материальных ресурсов в хозяйственной деятельности медицинского учреждения.

4. Выявление и оценка факторов отклонений фактических показателей хозяйственной деятельности учреждения от нормативных и определение резервов. При решении этой задачи в наибольшей степени проявляется действенность экономического анализа.

5. Подготовка аналитической информации для выбора оптимальных управленческих решений. Формируются предложения об устранении недостатков и улучшении работы учреждения. Успех хозяйственной деятельности в наибольшей степени зависит от полноты и правильности решения этой задачи анализа.

Глубина экономического анализа деятельности медицинского учреждения зависит от состояния информационной базы. Она включает:

- 1) официальные документы, регулирующие деятельность учреждения;
- 2) планово-нормативную документацию, хозяйственные договоры и соглашения;

3) бухгалтерскую и статистическую отчетность, которая содержит данные, характеризующие деятельность учреждения по отдельным направлениям (результаты исполнения сметы расходов, сведения о состоянии сети, штатов, материально-технической базы учреждений);

4) акты ревизий, справки обследований и проверок, объяснительные записки, заявления и жалобы населения.

Для получения объективных результатов анализа деятельности учреждений необходимо предварительно проверить достоверность информационной базы. Особое значение имеет проверка достоверности отчетности. Проверка включает контроль за соблюдением правил составления и представления отчетности, полнотой и своевременностью проведения инвентаризации, наличием взаимной согласованности показателей разных форм отчетности, правильностью плановых показателей, включенных в отчетность, преемственностью показателей за смежные периоды и др.

Экономический анализ может успешно выполнять свои задачи только при надлежащей его организации. В организации анализа работы медицинского учреждения выделяются следующие этапы:

- 1) составление планов и программ проведения анализа;
- 2) сбор необходимой информации;
- 3) аналитическая обработка информации;
- 4) оценка результатов деятельности учреждения;
- 5) обобщение результатов анализа.

Содержание каждого этапа может иметь особенности в зависимости от вида анализа. Выделяют следующие виды экономического анализа:

**Текущий анализ.** Представляет собой комплексное изучение результатов деятельности учреждения по отчетным периодам (месяц, квартал, год). Главная его задача – установление полноты выполнения учреждением своих функций, эффективности использования ресурсов, выявление недостатков в работе и резервов для ее улучшения.

**Оперативный анализ.** Заключается в постоянном контроле за деятельностью учреждения и эффективностью использования всех ресурсов. В ходе оперативного анализа рассматривается выполнение отдельных функций учреждения, корректируется работа по всем направлениям его деятельности.

**Перспективный анализ.** Состоит в выявлении перспективных тенденций, способных коренным образом улучшить механизм функционирования учреждения. Объектом перспективного анализа является динамика изменения показателей.

**Внешний анализ.** Заключается в оценке рентабельности работы учреждения, интенсивности использования его финансовых средств в целом. На основе внешнего анализа определяются взаимоотношения медицинского учреждения с акционерами, кредиторами и налоговыми органами.

**Внутренний анализ.** Состоит в рассмотрении механизма достижения

экономических результатов. В процессе этого анализа прослеживается формирование прибыли учреждения, изучаются структура оказываемых услуг, характер и причины отклонения цен на услуги от запланированных.

В основе финансовой деятельности государственного медицинского учреждения на сегодняшний день лежат понятия бюджета и сметы.

**Бюджет** – выраженные в денежной форме доходы и расходы учреждения на определенный период.

**Смета** – выраженные в денежной форме расходы учреждения на один финансовый год. Это финансовое выражение оперативно-производственного плана учреждения.

Этапы процедуры составления сметы.

1. Составление
2. Рассмотрение
3. Утверждение

Наибольший удельный вес в смете (расходах) лечебных учреждений России составляет заработная плата (55-60%).

**Основные направления экономического анализа деятельности медицинской организации:**

- 1) использование основных фондов;
- 2) эффективность использования коечного фонда;
- 3) использование медицинской техники, инструментария, приборов;
- 4) анализ финансовых расходов и стоимости видов медицинской помощи;
- 5) использование медицинского и прочего персонала.

Мы уже обращались к этим понятиям в предыдущих разделах, теперь рассмотрим один из методов экономического анализа активно использующийся для повышения эффективности работы медицинских учреждений и удовлетворения спроса потребителей – **«затраты - выгода»** или **операционный анализ**.

**Выгода** от реализации медицинских услуг равна разнице между **выручкой** и **затратами** на оказание услуг.

Из многочисленных показателей, применяемых в настоящее время для анализа использования основных фондов стационара в условиях страховой медицины, особое значение имеют экономические показатели использования коечного фонда, к которым относятся:

1. *Экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.*
2. *Условная экономия бюджетных средств больницы.*
3. *Экономические потери от простоя коек.*

**Экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням (Ус)** можно рассматривать по формуле:

$$Ус = (Б - ПМ) \left( 1 - \frac{КФ}{Кп} \right)$$

где Б - расходы по смете в больницы (без расходов на поликлинику);  
 ПМ - сумма расходов на питание и медикаменты;  
 Кп - число плановых койко-дней (плановая работа одной койки);  
 КФ - фактическое число койко-дней (фактическая работа 1 койки).

Для ориентированных упрощенных расчетов можно принять:

$$Ус = 0,75 * Б * \left( 1 - \frac{КФ}{Кп} \right)$$

0,75 - коэффициент, отражающий соотношение затрат на пустующую койку по сравнению с затратами на занятую койку.

Пример. Расходы по бюджету на стационар мощностью 150 коек составляют 4000000 у.е., в том числе расходы на питание и медикаменты – 1000000 у.е. Среднегодовая занятость койки по нормативу – 330 дней, фактически 1 койка была занята 320 дней. Определить экономические потери, связанные с невыполнением плана койко-дней.

1. Определяем плановое (КП) и фактическое (КФ) число койко-дней:

$$КП = 150 \text{ коек} * 330 \text{ дней} = 49\,500 \text{ к/дн},$$

$$КФ = 150 \text{ коек} * 320 \text{ дней} = 48\,000 \text{ к/дн}.$$

2. Определяем долю невыполнения плана:

$$КФ / КП = 48\,000 \text{ к/дн} / 49\,500 \text{ к/дн} = 0,97.$$

3. Рассчитываем экономические потери в связи с невыполнением стационаром плана койко-дней:

$$Ус = (4000\,000 \text{ у.е.} - 1000000 \text{ у.е.}) * (1 - 0,97) = 3000000 * 0,03 = 90000 \text{ у.е.}$$

или упрощенно:

$$Ус = 4\,000000 \text{ у.е.} * 0,75 * 0,03 \text{ у.е.} = 90000 \text{ у.е.}$$

Таким образом, в связи с невыполнением плана койко-дней стационар понес экономические потери на сумму 90 000 у.е.

При уменьшении средних сроков пребывания больных на койке затраты на лечение одного больного снижаются. Одновременно сокращение длительности лечения позволяет больницам при большей сумме бюджетных ассигнований оказать стационарную помощь большему количеству больных. В этом случае государственные средства используются более эффективно. (так называемая условная экономия бюджетных средств).

**Условная экономия бюджетных средств больницы (Эс)** может быть рассчитана по формуле:

$$Эс = \frac{Б}{Кп} * (б - p) * ч$$

где Б - расходы по смете больницы;  
 Кп - количество плановых койко-дней;  
 б - среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом) периоде;  
 р - среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном) периоде;  
 ч - число больных, лечившихся в стационаре в расчетном периоде,  
 Величина Эс представляет часть экономии государственного бюджета.  
 Если же в расчетном периоде средняя продолжительность сроков стационарного лечения увеличится, то вместо экономии будет относительное увеличение расходов.

Пример. Расходы по бюджету на содержание терапевтического стационара мощностью 150 коек составили 4000000 у.е., среднегодовая занятость койки по нормативу – 320 дней. Расчетная средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке – 17,9 дня, фактическая – 15,2 дня. Число больных, лечившихся в стационаре за год, – 2260. Вычислить условную экономию бюджетных средств от сокращения сроков лечения.

1. Определим плановое число койко-дней:

$$КП = 150 \text{ коек} * 320 \text{ дней} = 48\,000 \text{ к/дн.}$$

2. Рассчитаем условную экономию бюджетных средств:

$$Э = (4000000 / 48000) * (17,9 - 15,2) * 2260 = 83,3 * 2,7 * 2260 = 493041,6 \text{ у.е.}$$

Таким образом, сокращение средних сроков лечения больных по терапевтическому стационару за год позволило сократить расходы на содержание стационара на 493 041,6 у.е.

**Экономические потери от простоя коек:**

$$Z = \left( \frac{Wф}{Jф} - \frac{Wр}{Jр} \right) * Jф$$

Z - экономические потери за год (руб.);

Wф - фактические расходы на содержание больничных коек в год, кроме 9 и 10-й статьи сметы расходов (руб.);

Jф - фактическое число койко-дней,

Jр - расчетное число койко-дней.



**Индивидуальные задания:*****Вариант 1*****Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 14956 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 3984 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 330 дней. Фактически одна койка была занята 322 дня. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

**Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность инфекционной больницы составляет 600 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Фактически выполнено 278309 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 12844 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

***Вариант 2*****Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 9682 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 2741 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 340 дней. Фактически одна койка была занята 319 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

**Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность областной больницы составляет 800 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 340 дней. Фактически выполнено 266942 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 22744 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

***Вариант 3*****Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 8775 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 2442 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 340 дней. Фактически одна койка была занята 327 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

**Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность краевой больницы составляет 1100 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 340 дней. Фактически выполнено 362445 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 28976 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

***Вариант 4*****Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 18744 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 4626 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 340 дней. Фактически одна койка была занята 331 день. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

**Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность многопрофильной больницы составляет 700 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Фактически выполнено 226400 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 18784 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

***Вариант 5*****Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 6647 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 1882 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 300 дней. Фактически одна койка была занята 292 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

**Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность центральной районной больницы составляет 420 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Фактически выполнено 129800 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 8364 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

### **Вариант 6**

#### **Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 12948 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 3407 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 330 дней. Фактически одна койка была занята 319 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

#### **Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность районной больницы составляет 360 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Фактически выполнено 111720 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 7406 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

### **Вариант 7**

#### **Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 4857 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 1301 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 320 дней. Фактически одна койка была занята 307 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

#### **Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность городской больницы составляет 840 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Фактически выполнено 269400 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 17494 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

### **Вариант 8**

#### **Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 7684 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 2116 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 330 дней. Фактически одна койка была занята 306 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

#### **Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность инфекционной больницы составляет 360 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Фактически выполнено 36210 койко-дней. Израсходовано на содержание

стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 534 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

### ***Вариант 9***

#### **Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 15874 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 4259 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 330 дней. Фактически одна койка была занята 325 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

#### **Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность противотуберкулезной больницы составляет 800 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 340 дней. Фактически выполнено 266942 койко-дня. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 22763 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

### ***Вариант 10***

#### **Задача 1**

Бюджет больницы утвержден в размере 9966 тыс. руб., в т.ч. расходы на питание и медикаменты – 2258 тыс. руб. Работа одной койки в году запланирована на уровне 340 дней. Фактически одна койка была занята 329 дней. Рассчитать экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

#### **Задача 2**

Среднегодовая коечная мощность многопрофильной больницы составляет 760 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Фактически выполнено 246500 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 18374 тыс. руб. Рассчитать экономические потери от простоя коек в больнице.

## **Тема 9. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Оценка эффективности использования коечного фонда в больничных учреждениях позволяет выявлять направления нерационального использования ресурсов здравоохранения, а также является основой для принятия обоснованных, аналитически продуманных управленческих решений в сфере структурных преобразований, как на уровне медицинских организаций, так и при управлении системой здравоохранения субъекта РФ и страны в целом. Процесс оптимизация стационарной помощи должен сопровождаться анализом показателей использования коечного фонда, в том числе среднегодовой занятости и простоя койки. В связи с ограниченным бюджетом, а также государственной политикой, направленной на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, целесообразно перепрофилировать или закрывать неэффективно работающие койки, а также активно использовать стационарзамещающие технологии оказания медицинской помощи.

В письме Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» представлена следующая **Методика оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда:**

1. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оценивается **коэффициент выполнения функции врачебной должности (Кв)**.

$$K_v = \frac{P_{\phi}}{P_n},$$

где:  $P_{\phi}$  – фактическое число посещений;

$P_n$  – плановое, нормативное число посещений.

2. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается **коэффициент эффективного использования коечного фонда (Кэ)** на основе оценки рационального и целевого использования коечного фонда.

$$K_{\varepsilon} = K_r * K_s$$

где:  $K_r$  – коэффициент рационального использования коечного фонда;

$K_s$  – коэффициент целевого использования коечного фонда.

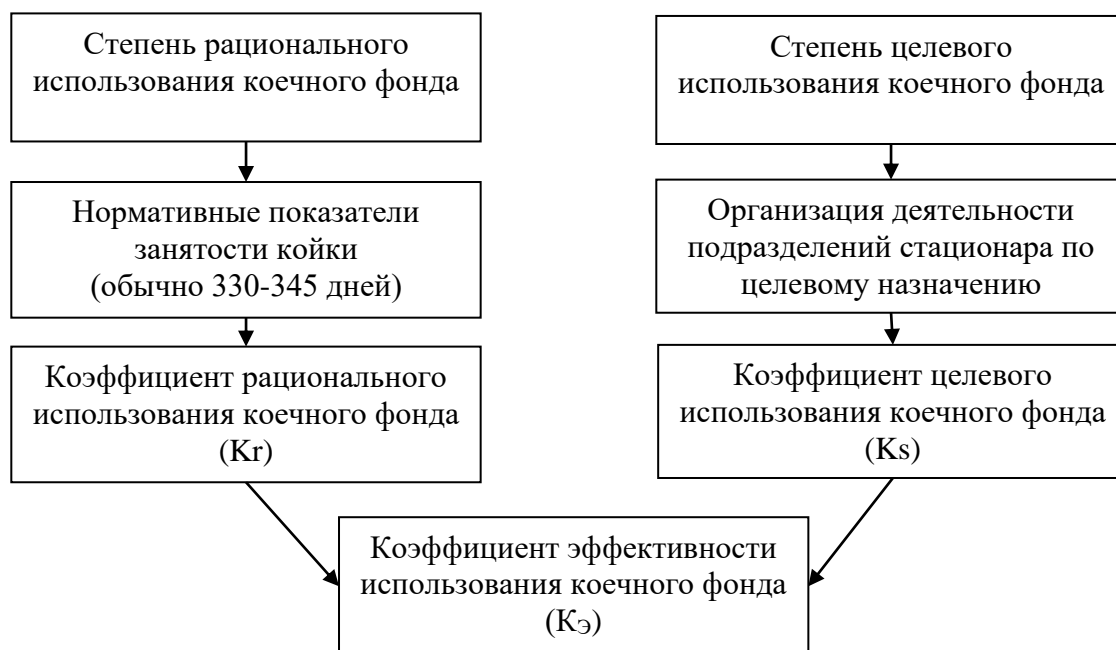


Рисунок 9.1 – Эффективность использования коечного фонда ЛПУ  
(по А.В. Азарову, 1999)

**Коэффициент рационального использования коечного фонда ( $K_r$ )** оценивается как обеспечение нормативных показателей занятости койки при соблюдении нормативных сроков лечения

$$K_r = \frac{Of}{On} = \frac{Uf}{Bf} \cdot \frac{Un}{Bn}$$

где:  $Of$  – фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки ( $Uf$ ) к фактическим срокам лечения ( $Bf$ ),

$On$  – нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки ( $Un$ ) к нормативному сроку лечения ( $Bn$ ).

**Коэффициент целевого использования коечного фонда ( $K_s$ )** отражает занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, определяется экспертным путем и не может быть более 1.

Показатель может быть рассчитан двумя способами:

а) по соотношению количества госпитализированных больных

$$K_s = \frac{Us}{Uo}$$

где:  $Us$  - количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения, оценивается экспертами иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС

$Uo$  - общее количество госпитализированных больных

б) по соотношению занятости коечного фонда

$$K_s = U_c / U_f,$$

где  $U_c$  - целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (дней в году),

$U_f$  - фактическая занятость коечного фонда (дней в году).

Целевая занятость коечного фонда ( $U_c$ ) является показателем, характеризующим использование коечного фонда по его целевому назначению для обоснованной госпитализации стационарных больных и определяется экспертным путем. При обеспеченности коечным фондом более 20 коек на 10 тысяч населения целевая занятость коечного фонда составляет как правило, не более 70% от фактической, то есть коэффициент целевого использования коечного фонда равен не более 0,7.

**Экономический ущерб (У)** определяется по формуле:

$$У = \Phi * (1 - K_э),$$

где:  $\Phi$  - сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда

$K_э$  - коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда

**При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки ( $U_n$ ) – 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборота койки - 29,8 больных за год.**

**3. Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники ( $K_p$ ) и стационара ( $K_c$ ).**

$$K_p = \frac{\Phi_p}{П_p} \quad K_c = \frac{\Phi_c}{П_c}$$

Для этого сумма фактических расходов поликлиники ( $\Phi_p$ ) и стационара ( $\Phi_c$ ) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике ( $П_p$ ) и стационару ( $П_c$ )

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если  $K_p$  и  $K_c$  ниже  $K_v$  и  $K_э$ .

Примеры:

$K_v = 0,85$  и  $K_p = 0,8$ . Поликлиника работает эффективно, поскольку при финансовом обеспечении 80% функция врачебной должности выполняется на 85%;

$K_э = 0,7$  и  $K_c = 0,9$ . Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении 90% коечный фонд используется лишь на 70%.

### **Основные формы первичной учетной медицинской документации в поликлиниках (амбулаториях):**

- Медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях (Ф.025/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (Ф.030/у);
- Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (Ф.030-13/у);
- Журнал учета профилактических прививок (Ф.064/у);
- Книга записи вызовов врача на дом (Ф.031/у);
- Журнал записи амбулаторных операций (Ф.069/у);
- Журнал записи родовспоможения на дому (Ф.032/у);
- Журнал регистрации выдачи медицинских справок (Ф.086-2/у);
- Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, колхозного родильного дома (Ф.039-1/у-88);
- Карта учета диспансеризации (Ф.131/у) и др.

### **Основными формами первичной учетной медицинской документации стационарных учреждений являются:**

- медицинская карта стационарного больного (Ф.003/у);
- журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (Ф.001/у);
- температурный лист (Ф.004/у);
- лист регистрации переливания трансфузионных сред (Ф.005/у);
- листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении (Ф.007/у-02);
- журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (Ф.008/у);
- протокол (карта) патологоанатомического исследования (Ф.013/у);
- сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении (Ф.016/у-02);
- статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому (Ф.066/у-02) и др.

Помимо перечисленных форм учетной медицинской документации, в стационарных медицинских учреждениях действуют следующие основные отчетные формы статистического наблюдения:

- сведения о медицинской организации (Ф.30);
- сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Ф.14);
- сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения (Ф.14-дс);



- сведения о медицинских и фармацевтических кадрах (Ф.17);
- сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Ф.62).

На основании приведенных и других форм медицинской документации рассчитываются статистические показатели, которые используются для анализа деятельности стационарных учреждений. Данные показатели рассчитываются как в целом по больнице, так и по каждому отделению. Выделяются несколько групп показателей:

- характеризующие удовлетворение населения стационарной помощью,
- характеризующие нагрузку медицинского персонала, использование коечного фонда,
- качество и эффективность стационарной медицинской помощи,
- преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

**Подробно рассмотрим показатели использования коечного фонда.** Данная группа показателей характеризует эффективность работы больничных коек. В эту группу входят:

1. среднегодовая занятость койки,
2. средняя длительность пребывания больных в стационаре,
3. оборот койки,
4. среднее время простоя койки,
5. динамика коечного фонда.

Объем деятельности стационара и эффективность использования коечного фонда характеризует показатель **Среднегодовая занятость койки (среднее число дней работы койки в году, или функция больничной койки)**. *Рассчитывается показатель в днях путем деления числа проведенных всеми больными (отделения, больницы, группы стационаров) койко-дней на среднегодовое число соответствующих коек.*

При составлении перспективных планов следует исходить из приведенных выше расчетных норм использования больничных коек в городских стационарах на уровне 330-340 дней и в сельских - 310 дней в году. Меньший показатель свидетельствует о недогруженности коечного фонда (простое коек), более высокие значения показателя говорят о перегрузке стационара. Однако для отдельных учреждений эти показатели должны дифференцироваться в зависимости от условий их деятельности и, прежде всего, от профиля отделений стационара.

На использование койки в различных стационарах и по различным профилям влияют многочисленные факторы: госпитализация непрофильных больных, поступление плановых больных в субботу и воскресенье, выписка больных в предпраздничные и праздничные дни, выполнение в стационаре обследований амбулаторного этапа медицинской помощи, несвоевременное

назначение диагностических исследований и комплексного лечения, несвоевременная выписка из стационара и др.

Пример. В стационаре N-ской центральной районной больнице 300 коек, всеми больными в течение года было проведено 96 тыс. койко-дней:

$$96000 / 300 = 320 \text{ дней.}$$

Это означает, что в течение года каждая койка использовалась в среднем 320 дней, а 45 дней она была не занята больными по тем или иным причинам, т.е. имел место простой коек.

*Число дней простоя коек в стационаре определяется как разницам между числом календарных дней в году (365) и средним числом дней занятости койки в году.*

Число дней простоя коек состоит из двух частей:

а) предусмотренного числа койко-дней свертывания коек в связи с ремонтом и другими причинами;

б) числа койко-дней незанятости койки по прочим обстоятельствам (разрыв во времени между выпиской и поступлением больных, профилактическая дезинфекция, отсутствие больных данного профиля, недостатки в организации госпитализации больных, неравномерное поступление больных по дням недели / по сезонам года, отсутствие должной преемственности между поликлиникой и стационаром и т.д.).

*Число дней незанятости койки по прочим обстоятельствам получается как разница между общим числом дней простоя койки и простоя ее в связи с ремонтом и свертыванием по другим причинам.*

Последнее число получается путем деления числа койко-дней свертывания коек в связи с ремонтом и другими причинами, взятого из статистического отчета, на число среднегодовых коек.

Пример: в N-ской области среднее число дней занятости койки в городских больничных учреждениях составило за год 327 дней. Общее число дней простоя койки – 38 дней ( $365 - 327 = 38$ ), из которых на закрытие в связи с ремонтом и свертыванием коек по другим причинам приходилось около 3 дней, а на простой койки из-за прочих обстоятельств – 35 дней ( $38 - 3 = 35$ ). Следовательно, удельный вес простоя койки из-за ремонта и свертывания по другим причинам составляет по городским стационарам N-ской области лишь 7,9% общего простоя коек. По сельским больничным учреждениям этой области – 3% (3 дня из 97 дней).

Обычно простой коек в связи с ремонтом и свертыванием по другим причинам в городских больницах (без психиатрических) не превышает 20%, а в сельских больницах – 5,3% от общего числа дней простоя коек в течение года. Следовательно, по больничным учреждениям N-ской области удельный вес свертывания коек из-за ремонта и других причин в общем числе дней

простая коек еще ниже, чем в среднем по стране. Это позволяет сделать вывод о наличии значительных потерь в использовании коечного фонда за счет других факторов, в основном связанных с организационными недостатками в работе стационаров.

Правильная оценка оборота (функции) больничной койки требует сопоставления ее со **средней длительностью пребывания больного в стационаре**, т.к. оборот койки выше в больницах, имеющих отделения, где лечение занимает меньше времени (акушерские, гинекологические, оториноларингологические и др.), и ниже в больницах, располагающих койками для больных с длительно протекающими заболеваниями (туберкулезные, терапевтические, онкологические, неврологические и др.).

*Среднее число дней пребывания больного на койке в стационаре рассчитывается путем деления числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, на число выбывших (или использованных) больных.*

*Число использованных больных рассчитывается как полусумма числа поступивших, выписанных и умерших больных.*

Пример. В N-ской центральной районной больнице поступило 8188 чел., было выписано 8158 чел., 54 чел. умерло. Число использованных больных составило 8200 чел.:

$$(8188 + 8158 + 54) / 2 = 8200 \text{ больных}$$

Среднее число дней пребывания больного на койке в стационаре 11,7 дня:

$$96000 / 8200 = 11,7 \text{ дня.}$$

Средняя длительность пребывания больных в стационаре зависит от ряда параметров, в частности, от специализации коечного фонда, пола, возраста, характера патологии и тяжести состояния пациентов, преемственности с поликлиническими учреждениями, уровня квалификации медицинского персонала, организации лечебно-диагностического процесса, оснащения стационара лечебно-диагностическим оборудованием, степени внедрения современных технологий, организации поступления и выписки больных, степени удовлетворенности пациентов организацией и качеством лечения и условиями пребывания в больнице, организации ведомственного и вневедомственного контроля качества лечебно-диагностического процесса, степени развития стационарозамещающих видов медицинской помощи.

Совершенствование методов обследования больных, улучшение преемственности между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами сокращает сроки пребывания больных на койках. Взаимодействие всех этих факторов определяет в конечном итоге среднюю длительность стационарного лечения, рост или снижение этого показателя по сравнению с предыдущими годами.

*Менее точные показатели получаются при делении числа выбывших больных (сумма выписанных и умерших) или числа поступивших больных на число среднегодовых коек. Однако к такому расчету приходится прибегать в связи с тем, что не во всех формах отчетов имеются данные о числе выписанных больных, а есть сведения только о числе поступивших больных.*

Показатель **оборота койки** дает представление о среднем числе больных, прошедших лечение в течение года на одной койке. Оборót койки рассчитывается как по стационару в целом, так и по каждому отделению, оценивается, как правило, в динамике и характеризует интенсивность использования коечного фонда. Чем ниже средняя длительность пребывания в стационаре, тем выше оборót койки. Например, в родильном отделении оборót койки намного выше, чем в туберкулезном отделении.

*Показатель рассчитывается двумя способами:*

а) Путем деления числа дней занятости койки в году (среднегодовая занятость койки) на среднее число дней пребывания больного на койке.

б) Как частное от деления числа использованных больных на число среднегодовых коек. В этом случае показатель «оборót койки» выражается средним числом больных, использованных на каждой больничной койке в течение года.

Пример. в N-ской центральной районной больнице число использованных больных за год составило 8200 больных, оборót койки составил:

$$8200 / 300 = 27,3 \text{ больного на одну койку.}$$

Значительно реже, чем другие показатели, используется в настоящее время такой показатель, как **среднее время простоя койки**, т.е. число дней незанятости (неиспользования) койки от момента выписки до поступления нового больного.

*Этот показатель получается как частное от деления числа дней простоя койки (разница между числом дней в году и среднегодовой занятостью койки) на величину ее оборота,*

В нашем примере для N-ской ЦРБ среднее время простоя койки составило:

$$\frac{365 - 320}{27,3} = 1,6 \text{ дня.}$$

Среднее время простоя койки колеблется от 0,5 до 3 дней, в то же время эта цифра может быть и выше, например для родильных коек – до 13-14 дней. Величину простоя койки рассматривают в комплексе с другими показателями использования коечного фонда.

Для объективной оценки и сравнения показателей использования коек

в отдельных больницах необходимо исходить из структуры коечного фонда по специальностям, т.е. рассчитывать среднее число дней занятости койки с учетом их профиля.

Динамику коечного фонда (в процентах) можно рассчитать так:

$$\frac{\text{Число коек на конец отчетного года} \times 100}{\text{Число коек на начало отчетного года}}$$

Этот показатель можно рассчитывать не только в отношении отчетного года, но и за больший (меньший) интервал времени.

Резервами для более эффективного использования коечного фонда являются:

- улучшение качества подготовки больных со стороны амбулаторно-поликлинического звена к стационарному лечению и лучшая преемственность между поликлиникой и стационаром;
- совершенствование системы госпитализации, равномерное поступление больных в стационар во все дни недели;
- госпитализация больных по назначению, т. е. в больницы и отделения того профиля, который соответствует диагнозу, характеру и сложности заболевания;
- более широкое и своевременное использование в поликлиниках и стационарах консультативной помощи специалистов;
- своевременное обследование и лечение не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Рациональными способами уменьшения дефицита круглосуточных стационарных коек являются:

- внедрение стационарозамещающих форм стационарной помощи;
- непрерывное повышение качества и эффективности внебольничной и больничной помощи, повышение квалификации медицинского персонала;
- проведение комплексных мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике заболеваний населения;
- улучшение преемственности в работе стационаров и поликлиник.

### Образец решения задачи

В ревматологическом отделении стационара при нормативе занятости койки 330 дней и нормативе длительности госпитализации 16,2 дня фактическая занятость коечного фонда составила 345 дней, а фактическая средняя длительность госпитализации – 18 дней. Эксперты определили целевую занятость коечного фонда отделения 242 дня. Рассчитать величину экономического ущерба вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда, если на содержание всего коечного фонда ревматологическом отделении стационара затрачивается 4 млн руб. в год.

Коэффициент рационального использования коечного фонда ( $K_r$ ) рассчитаем по формуле:

$$K_r = \frac{O_f}{O_n} = \frac{U_f}{B_f} \cdot \frac{U_n}{B_n}$$

где занятости койки фактическая ( $U_f$ ) – 345 дней, нормативная занятость койки ( $U_n$ ) – 330 дней,

срок лечения (длительность госпитализации) фактический ( $B_f$ ) – 18, нормативный срок лечения ( $B_n$ ) – 16,2

$$K_r = \frac{345 / 18}{330 / 16,2} = \frac{19,2}{20,4} = 0,94$$

Чтобы найти коэффициент эффективности использования коечного фонда, нужно знать также показатель целевого использования этого фонда ( $K_s$ ).

Рассчитаем показатель по способу соотношения занятости коечного фонда  $K_s = U_c / U_f$ ,

Целевая занятость коечного фонда ( $U_c$ ) при госпитализации стационарных больных в ревматологическом отделении была определена экспертами 242 дня. При фактической занятости койки ( $U_f$ ) – 345 дней, получаем коэффициент целевого использования коечного фонда:

$$K_s = 242 / 345 = 0,7$$

Коэффициент эффективности использования коечного фонда рассчитывается как произведение первых двух коэффициентов, соответственно:

$$K_{\Sigma} = K_r \cdot K_s = 0,94 \cdot 0,7 = 0,66$$

Оценка экономической эффективности использования коечного фонда характеризуется степенью его эффективности использования и определяется в процентах к нормативным показателям по формуле:

$$E = 100 \cdot K_{\Sigma}$$

где  $E$  - экономическая эффективность деятельности стационара (%),

$K_{\Sigma}$  - коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда.

Следовательно, в нашем примере эффективность использования коечного фонда равна 66%.

Если на содержание всего коечного фонда ревматологическом отделении стационара затрачивается 4 млн руб. в год, а коэффициент эффективности использования коечного фонда составляет 0,66, то величина экономического ущерба вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда может быть рассчитана как:

$$У = Ф * (1 - Кэ) = 4 \text{ млн. руб.} * (1 - 0,66) = 1,36 \text{ млн. руб.}$$

Таким образом, потери стационара (экономический ущерб) составили 1,36 млн. руб. только в одном ревматологическом отделении.

### Индивидуальные задания:

По имеющимся данным о работе отделений N-ской городской больницы, оценить эффективность использования коечного фонда, рассчитать величину экономического ущерба вследствие нерационального использования коечного фонда отделений; определить оборот койки, общее число дней простоя койки. Сделать вывод об эффективности работы больницы.

Показатель	Вариант (отделения больницы)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Количество коек	21	10	10	15	15	5	5	5	5	5
Фактическая занятость койки (Uf)	336,7	328,9	322,2	330,3	325,7	334,5	333,0	327,6	335,3	310,2
Норматив занятости койки (Un)	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320
Целевая занятость коечного фонда по оценкам экспертов (Uc)	330	325	300	300	295	330	330	320	325	305
Фактическая средняя длительность госпитализации (Bf)	22,6	17,1	18,5	10,3	15,5	13,2	14,4	12,8	11,0	12,1
Нормативная длительность госпитализации (Bn)	13,5	13,2	13,2	13,2	13,2	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Основные понятия экономического анализа.
2. Методы экономического анализа.
3. Анализ эффективности использования медицинского оборудования.
4. Анализ эффективности использования трудовых ресурсов (медицинского персонала).
5. Анализ использования финансовых ресурсов учреждений.
6. Анализ медико-экономических показателей медицинского учреждения.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Укажите основные виды экономических оценок в здравоохранении
  - а) затраты - эффективность
  - б) затраты - полезность
  - в) затраты - выгода
  - г) все перечисленное
2. Эффективность труда - это:
  - а) отношение результата производства к затратам
  - б) отношение объема производства к затратам живого труда
  - в) отношение объема производства к затратам ресурсов
  - г) отношение объема производства к среднегодовой стоимости ОПФ
  - д) нет верного ответа
3. При комплексной оценке программ в здравоохранении анализируют:
  - а) медицинскую эффективность,
  - б) социальную эффективность,
  - в) экономическую эффективность,
  - г) верно все,
  - д) нет правильного ответа.
4. Экономическая эффективность - это:
  - а) отношение затрат к результату,
  - б) отношение результата к затратам,
  - в) прибыль в расчете на 1 пациента,
  - г) прибыль в расчете на 1 врача,
  - д) доход организации.
5. Индекс эффективности труда - это:
  - а) отношение планового объема работы к фактическому,
  - б) отношение плановой стоимости лечения 1 больного к фактической,
  - в) отношение планового объема работы к нормативному,



- г) отношение фактического объема работы к плановому,
- д) отношение фактической стоимости лечения к плановой.

6. Главной целью экономических оценок в здравоохранения является:

- а) повышение производительности труда в здравоохранении
- б) снижение бюджетных расходов на медицинскую помощь
- в) развитие добровольного медицинского страхования
- г) облегчение выбора между альтернативами использования ресурсов
- д) нет правильного ответа

7. Укажите факторы, не влияющие на показатели деятельности стационаров:

- а) оборот койки
- б) тип и профиль больницы
- в) качество лечения
- г) квалификация медицинского персонала и организация работы

8. Основные показатели деятельности стационара это (верно все, кроме одного):

- а) среднегодовая занятость койки
- б) оборот койки
- в) летальность
- г) средняя длительность пребывания больного в стационаре
- д) своевременность обследования больного в стационаре.

9. Показатели, характеризующие обеспеченность, доступность и структуру стационарной помощи (верно все, кроме одного):

- а) число коек на 10 000 человек населения
- б) уровень госпитализации населения
- в) структура коечного фонда
- г) среднее число дней работы койки в году.

10. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ здравоохранения является:

- а) достижение высоких результатов оптимальными ресурсами,
- б) получение прибыли,
- в) сдерживание расходов на здравоохранение,
- г) верно все,
- д) верного ответа нет.

## **Глава 7 Планирование в здравоохранении.**

### **Тема 10. ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Планирование здравоохранения представляет собой процесс, в ходе которого приводятся в систему цели, задачи, приоритеты, виды деятельности для того, чтобы и в текущий момент, и в будущем ресурсы здравоохранения были адекватны потребностям населения в медицинском обслуживании.

**Планирование здравоохранения** – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Это сложный динамический процесс, в котором условно можно выделить 4 этапа:

- обоснование плана
- составление плана и его утверждение
- контроль за выполнением плановых показателей
- оценка эффективности запланированных мероприятий

Целью планирования здравоохранения является удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, снижение уровней заболеваемости, смертности, инвалидности, увеличение трудовой активности.

Значение планирования здравоохранения:

- 1) является способом достижения цели, т.к. планирование одна из функций управления (кроме него, функции управления: организация, руководство, контроль);
- 2) обеспечивает рациональное распределение и использование ресурсов;
- 3) обеспечивает деятельность учреждений здравоохранения и всей системы здравоохранения в целом.

Различают функционально-отраслевое и программно-целевое планирование.

Стратегия развития отрасли формулируется и разрабатывается в соответствии с основными направлениями социально-экономического развития страны. В качестве основополагающих документов можно выделить Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, Концепцию охраны здоровья населения РФ и другие документы, принимаемые Правительством РФ и Государственной Думой ФС РФ. Для средне- и краткосрочного планирования используются итоги за прошедший период и прогноз социально-экономического развития страны на предстоящий период.

На практике планирование тесно связано с управлением.

Коммуникации и принятие решений необходимы как для планирования, так и для управления, а информация является важной составной частью и того и другого.

Планирование – это умение предвидеть цели организации, результаты ее деятельности и ресурсы, необходимые для достижения поставленных целей. Планирование является важнейшим этапом управления. На основании планов осуществляется работа всей медицинской организации, и в случае правильности планов успех будет обеспечен.

Формы планирования многообразны. По срокам можно выделить долгосрочное, среднесрочное и краткосрочное планирование.

По функциональному назначению выделяют: план деятельности, план социально-экономического развития, бизнес-план, комплексный план, финансовый план (смета), территориальная программа государственных гарантий по медицинскому обслуживанию населения.

Также различают текущее и стратегическое планирование. В зависимости от характеристики плана различают отраслевой, региональный, социальный, научно-технический, экологический, финансовый и другие планы.

Основоположник современного менеджмента А. Файоль и Р. Акофф определили 5 основных принципов планирования:

- 1) единство;
- 2) участие;
- 3) непрерывность;
- 4) гибкость;
- 5) точность.

**План** – перечень количественных и качественных показателей и мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения и составляемый на определенный промежуток времени.

Важнейшей составляющей в планировании является информация. Существует мнение, что раз планирование основано на выборе из нескольких вариантов решения, то оно рационально и объективно. Однако это не всегда так. Здесь имеется внутреннее противоречие между поставленными задачами и ценой их решения. Считается, что чем детальнее составлен план, тем он точнее может быть исполнен. Однако излишняя детализация ведет к преувеличению роли информации как таковой. При этом роль оценки результатов и эффективности использования ресурсов отходит на второй план.

В письме Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» представлена следующая **Методика планирования ресурсов при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы:**

### 1. Медицинская помощь в стационарных условиях

С помощью данной методики можно определить абсолютное количество коек, необходимое для реализации территориальной программы в целом, так и по профилям отделений больничных учреждений.

а) **Определение абсолютного количества коек (К):**

$$K = \frac{N_{\text{к/д}} \times H}{1000 \times Д},$$

где:  $N_{\text{к/д}}$  – число койко-дней на 1000 жителей (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий, равен произведению уровня госпитализации на 1000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре);

$H$  – численность населения;

$Д$  – среднегодовая занятость койки.

б) **Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):**

$$Д = 365 \text{ дней в году} - tr - (to * F),$$

где:  $tr$  – среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10-15 дней в году), для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

$to$  – простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время необходимое на санацию койки после выписки и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических – 3; акушерских – 2,5-3; инфекционных – 3; коек для абортот – 0,5 и т.п.);

$F$  – плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

в) **Определение планового оборота койки (F):**

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_o}, \text{ где}$$

$T$  – средние сроки лечения.

Пример: рассчитаем необходимое числа коек терапевтического профиля на 1000000 человек при 353,32 к/д на 1000 жителей. (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий),  $T = 14,6$  дней;  $t_r = 10,0$  дней;  $t_o = 1,0$  день,

$$F = \frac{365 - 10}{14,6 + 1} = 23$$

$$Д = 365 - 10 - (1 * 23) = 332 \text{ дня.}$$

$$K = \frac{353,32 \times 1000000}{1000 \times 332} = 1064$$

койки терапевтического профиля.

## 2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

Планирование числа врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$B = \frac{\Pi \times H}{\Phi}$$

где: В - число врачебных должностей;  
 П - утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;  
 Н - численность населения;  
 Ф - функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

Рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут.

Число посещений на одного жителя в год (П) складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболеваний, а также посещений с профилактической целью.

Составление и корректировка планов учреждения здравоохранения начинается с общей характеристики учреждения здравоохранения.

Общая характеристика учреждения здравоохранения включает в себя

- месторасположение учреждения здравоохранения и его почтовый адрес;
- плановую мощность поликлиник и число коек на конец года;
- структуру учреждения здравоохранения (отделения, лаборатории, кабинеты и т.д.);
- количество и техническое состояние зданий;
- оснащенность подразделений учреждения здравоохранения диагностической и лечебной аппаратурой, новые приобретения;
- внедрение новых диагностических и лечебных методов;

Общие сведения об учреждении здравоохранения содержатся в «Паспорте медицинской организации» и в статистической отчетной форме №30 «Сведения о медицинской организации».

Далее проводится расчет планового числа дней занятости коек в году и определяются показатели деятельности учреждения, влияющие на стоимостные характеристики.

## **РАСЧЕТ ПЛАНОВОГО ЧИСЛА ДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ КОЕК В ГОДУ**

Выше отмечалось, что среднее число дней занятости койки в году по отдельным стационарам определяется, прежде всего, исходя из структуры коечного фонда по специальностям. Связано это с тем, что в разных отделениях средняя длительность лечения больных неодинакова, а следовательно, различен и оборот коек, от которого в значительной степени

зависит величина показателя занятости коек.

Преобразуя формулу, которая предложена для расчета среднего времени простоя койки ( $t$ ), можно определить среднее число дней занятости койки в году ( $D$ ):

$$t = \frac{365 - D}{F} \quad \text{отсюда} \quad D = 365 - (t \times F),$$

где:  $D$  - среднее число дней занятости койки в году;  
 $t$  - среднее время простоя койки (в днях);  
 $F$  - оборот койки.

Однако в этой формуле среднее время простоя койки ( $t$ ) дано в целом, без подразделения на составные части, о которых говорилось выше, а именно на простой в связи с ремонтом и свертыванием коек по другим причинам, а также на простой койки по прочим обстоятельствам. Между тем для планирования среднего числа дней занятости койки в году **необходимо учитывать эти два вида простоя отдельно.**

Среднее время простоя койки из-за ремонта и свертывания по другим причинам ( $tr$ ) - величина более или менее постоянная. На протяжении последних лет его величина в стационарах городских лечебно-профилактических учреждений (включая психиатрические койки) не превышает 8-10 дней в году. Среднее время простоя койки из-за ремонта и свертывания по другим причинам может быть определено отдельно для каждого профиля коек. Кроме того, в лечебных учреждениях может иметь место простой коек, зависящий от показателя оборота коек и необходимый для подготовки койки к приему нового больного ( $to$ ). Величина этого показателя также может быть определена расчетно.

Таким образом, оптимальный показатель среднего числа дней занятости коек в году для каждого стационара может быть определен следующей формулой:

$$D = 365 - tr - (to \times F),$$

где:  $D$  - среднее число дней занятости койки в году;  
 $tr$  - среднее время простоя койки из-за ремонта и свертывания по другим причинам (в днях);  
 $to$  - среднее время простоя койки по прочим обстоятельствам (в днях);  
 $F$  - оборот койки.

Пример. Среднее число дней занятости терапевтической койки в году для данного стационара при условии, что среднее время простоя коек расчетно составляет из-за свертывания на ремонт и других причин ( $tr$ ) 9,3 дня

и по прочим обстоятельствам (to) - один день, а оборот койки (F) - 17,9 больных в течение года составит:

$$365 - 9,3 - (1 \times 17,9) = 338 \text{ дней,}$$

При расчетах среднего числа дней занятости койки в году по большинству профильных коек за оптимальную величину показателя среднего времени простоя койки to (без учета простоя из-за ремонта и свертывания коек по другим причинам) рационально принять простой койки, равный одному дню. Объясняется это необходимостью санитарной подготовки койки к приему нового больного и существующей практикой расчета числа койко-дней госпитализации больного, при котором день поступления и день выписки учитывается как один день.

Следует иметь в виду, что фактически сложившееся время простоя коек (to) даже с учетом необходимости тщательной санитарной подготовки койки к приему нового больного, может быть сокращено за счет ряда организационных мероприятий. Поэтому при определении величины среднегодовой занятости койки можно планировать сокращение фактического среднего времени простоя коек между больными в инфекционных стационарах для детей до 3 дней, в инфекционных стационарах для взрослых, для лечения туберкулезных больных, а также в родильных домах и отделениях - до 2 дней.

## ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТОИМОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

**Выполнение плана пролеченных больных.** При формировании государственного заказа учитываются оптимальные значения показателей: число дней работы койки, средняя длительность лечения и потребность населения (прогноз госпитальной заболеваемости). Государственный заказ в виде числа пролеченных по профилям с набором конкретных показателей доводится до каждого отделения.

Данный показатель рассчитывается делением фактического числа пролеченных пациентов в больнице (отделении) на плановое значение и умножением на 100.

**Показатель соответствия рекомендуемых (расчетных) средних сроков длительности лечения фактическому.** Интенсивность использования коек стационара во многом зависит от длительности лечения каждого случая, то есть пребывания больного в стационаре. Сокращение сроков лечения не должно отразиться на качестве лечения. Поэтому для расчета планового значения данного показателя необходимо учитывать не только динамику показателя, но и уровень использования современных методов диагностики и лечения, применение новых технологий. Следует учесть, что отклонение, как в сторону завышения, так и в сторону сокращения средних сроков пребывания нежелательно.

Показатель соответствия фактического среднего срока пребывания

больного в стационаре нормативному сроку рассчитывается делением фактического значения на нормативное и должно быть равно 1,0 ( $\pm 0,05$ ).

**Экономические показатели использования больничных коек** – степень достижения оптимального значения оборота койки. При его определении учитываются **потенциальные потери от простоя койки из-за снижения числа дней работы койки** в году можно определить по формуле:

$$\Pi = \frac{P_{СТ}}{K_{П}} * (KД_{Ф} - KД_{П})$$

где:  $\Pi$  – потенциальные потери;

$P_{СТ}$  – фактические расходы на содержание больничных коек в год, кроме статей сметы питание и медикаменты расходов (руб.).

$KД_{Ф}$  – фактическое число койко-дней,

$KД_{П}$  – расчетное (плановое) число койко-дней.

**Пример.** Нужно определить экономические потери от простоя коек в детской больнице мощностью 170 коек, если среднегодовая занятость койки составила 310 дней, а расходы по стационару – 280 000 у.е.

1. Определяем число фактически проведенных больными койко-дней:

$$KД_{Ф} = 170 \text{ коек} * 310 \text{ дней} = 52\,700 \text{ к/дн.}$$

Фактическая стоимость одного койко-дня =  $P_{СТ} / K_{Ф}$

$$280\,000 \text{ у.е.} / 52\,700 \text{ к/дн} = 5,3 \text{ у.е.}$$

2. Определяем расчетное плановое число койко-дней ( $K_{П}$ ):

$$KД_{П} = 170 \text{ коек} * 340 \text{ дней (оптимальная занятость)} = 57\,800 \text{ к/дн.}$$

Плановая стоимость (расчетная) одного койко-дня =  $P_{СТ} / KД_{П}$

$$280\,000 \text{ у. е.} / 57\,800 \text{ к/дн} = 4,8 \text{ у.е.}$$

3. Разница между фактической и плановой стоимостью одного койко-дня составила:

$$5,3 \text{ у.е.} - 4,8 \text{ у.е.} = 0,5 \text{ у.е.}$$

4. Определяем экономические потери от простоя коек:

$$0,5 \text{ у.е.} * 52\,700 \text{ к/дн} = 26\,350 \text{ у.е.}$$

Таким образом, в результате простоя коек больница понесла потери на сумму 26 350 у. е.

Для определения объема медицинской помощи на 1 жителя по условиям ее оказания в рамках ТПГТ, а также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо в рамках ТПОМС, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе, особенности возрастного состава населения субъекта РФ.



При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованное лицо), установленных Программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от 0 до 17 лет включительно) и взрослых: 20,1% (коэффициент 0,201) и 79,9% (коэффициент 0,799) соответственно.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории на соответствующие показатели по РФ.

В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях используется единица объема - случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях), применяемая при оплате медицинской помощи в рамках ТПОМС и при осуществлении межтерриториальных расчетов. В письме МЗ РФ от №11-7/10/1-511 в приложении 4 содержатся (приведены ниже в таблице 10.1) рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного).

Таблица 10.1 – Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи

Профиль медицинской помощи	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для взрослых	детей
Акушерское дело	7,30	5,6	40,88	40,88	–
Акушерство и гинекология	26,53	6,6	175,10	174,29	0,81
Аллергология и иммунология	0,45	10,1	4,55	4,00	0,55
Гастроэнтерология	2,10	10,8	22,68	17,83	4,85
Гематология	0,80	13,0	10,40	7,99	2,41
Гериатрия	0,20	18,0	3,60	3,60	–
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,00	12,3	12,30	9,98	2,32
Инфекционные болезни	12,00	7,1	85,20	43,00	42,20
<b>Кардиология</b>	<b>10,00</b>	<b>10,8</b>	<b>108,00</b>	<b>104,00</b>	<b>4,00</b>
Колопроктология	0,80	9,9	7,92	7,41	0,51
Медицинская реабилитация	4,00	16,5	66,00	35,89	11,96
Неврология	11,70	12,1	141,57	125,57	16,00
Нейрохирургия	2,42	10,7	25,89	22,79	3,11
Неонатология	2,10	12,1	25,41	–	25,41

Нефрология	1,18	11,5	13,57	8,60	4,97
Онкология, радиология, радиотерапия	9,10	10,8	98,28	93,75	4,53
Оториноларингология	4,10	7,6	31,16	20,78	10,38
Офтальмология	5,35	6,8	36,38	30,90	5,48
Педиатрия	8,70	8,6	74,82	–	74,82
Пульмонология	3,00	11,3	33,90	27,93	5,97
Ревматология	1,00	13,1	13,10	11,20	1,90
Сердечно-сосудистая хирургия	1,34	9,7	13,00	10,73	1,01
Сердечно-сосудистая хирургия	1,26	10,3	12,98	12,58	0,40
Терапия	19,20	10,1	193,92	193,92	–
Травматология и ортопедия	8,10	11,1	89,91	75,41	12,28
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,05	8,9	44,95	41,50	3,45
Хирургия (комбустиология)	0,35	13,5	4,73	3,47	1,26
Торакальная хирургия	0,40	13,3	5,32	4,95	0,37
Хирургия (в т.ч. абдоминальная х., трансплантация органов и/или тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэти- ческих стволовых клеток, пластическая х.)	21,75	8,9	193,58	170,21	18,91
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,25	7,7	9,63	6,87	1,60
Эндокринология	1,90	11,6	22,04	17,63	4,41
Всего по базовой программе ОМС	174,43	9,3	1620,74	1327,64	265,86
в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня	1,20	–	–	–	–
Психиатрия	5,40	66,2	357,48	362,07	21,89
Психиатрия-наркология	4,80	14,5	69,60	71,05	1,45
Фтизиатрия	1,50	92,9	139,35	140,56	17,37
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,50	15,0	7,50	7,80	1,20
Прочие профили, незастрахованные лица	2,40	8,0	19,20	–	–
Всего за счет средств бюджета субъекта РФ	14,60	40,6	593,13	603,13	43,46
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	189,03	11,7	2213,87	1930,77	309,33

**Пример.** Если в структуре населения субъекта РФ дети составляют 18% и взрослые – 82%, то поправочные коэффициенты составят: 0,896 для детского ( $18 / 20,1 = 0,896$ ) и 1,026 для взрослого населения ( $82 / 79,9 = 1,026$ ).

Пример расчета скорректированного с учетом поправочных коэффициентов числа случаев госпитализации по профилю «кардиология» представлен в таблице 10.1.

*Скорректированное число случаев госпитализации определяется как отношение скорректированного числа койко-дней к средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях.*

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» =  $110,28 / 10,8 = 10,2$  случая госпитализации на 1000 жителей.

Таблица – Коррекция объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по профилю «кардиология», в субъекте РФ

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней	104,0	4,0	108,0
Поправочный коэффициент	1,026	0,896	-
Скорректированное число койко-дней	106,7	3,58	110,28

Поправочные коэффициенты могут применяться также к показателям числа случаев госпитализации для взрослых и детей, сложившимся в субъекте Российской Федерации.

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта РФ с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

**Индивидуальные задания:*****Вариант 1***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «инфекционные болезни», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 15% и взрослые - 85%.

***Вариант 2***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «пульмонология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 19% и взрослые - 81%.

***Вариант 3***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «фтизиатрия», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 16% и взрослые - 84%.

***Вариант 4***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «аллергология и иммунология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 17% и взрослые - 83%.

***Вариант 5***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «гастроэнтерология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 22% и взрослые - 78%.

***Вариант 6***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «эндокринология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 15% и взрослые - 85%.

### ***Вариант 7***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «дерматовенерология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 19% и взрослые - 81%.

### ***Вариант 8***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «оториноларингология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 16% и взрослые - 84%.

### ***Вариант 9***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «нефрология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 17% и взрослые - 83%.

### ***Вариант 10***

Используя рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитать скорректированное с учетом поправочных коэффициентов число случаев госпитализации по профилю «урология», учитывая что в структуре населения субъекта РФ дети составляют 22% и взрослые - 78%.

## **Тема 11. СМЕТА РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Грамотно составленные сметы доходов и расходов медицинской организации – одно из важнейших условий ее финансовой стабильности. При планировании расходования средств руководитель медицинской организации обязан соблюдать этапы процедуры – составление, рассмотрение, утверждение и исполнение сметы расходов. Исполнение сметы доходов и расходов каждого бюджетного учреждения важная часть бюджетной политики в целом. Во-первых, расходование полученных средств должно быть строго по целевому назначению. Во-вторых, необходимо своевременно реагировать на изменяющуюся экономическую ситуацию и при возможности вносить изменения в бюджетные ассигнования в пределах региона или на уровне главного распорядителя бюджетных средств (например, на уровне

министерств).

Смета расходов – основной плановый и финансовый документ, определяющий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых на содержание медицинских организаций. Предусмотренные в сметах ассигнования – предельные; расходование сверх этих сумм не разрешается. Нельзя производить расходы, не предусмотренные сметой, если нет экономии средств.

Требования к смете:

- 1) своевременность составления;
- 2) точность;
- 3) соблюдение режима экономии;
- 4) максимальное использование резервов учреждения.

Можно выделить следующие основные принципы составления смет в медицинских организациях:

- необходима четкая обоснованность расходов, подтверждённая расчётами, справками, и другими документированными способами;
- важна логическая последовательность и математическая точность расчётов;
- требуется ориентация на более экономное расходование средств (выбор каналов приобретения различных ресурсов необходимых для полноценного осуществления медицинской деятельности по наиболее низким ценам; использование ресурсосберегающих технологий и т.д.);
- необходимо использование нормативных расходов ресурсов в натуральном выражении, стоимостных нормативов и т.д;
- требуется достоверность используемых данных (использование нормативных документов, регламентирующих уровень заработной платы, продолжительность рабочего дня и отпусков и т.д);
- сметы должны отражать не только текущие затраты, но и по возможности предусматривать средства на расширение деятельности организации;
- непрерывно требуется контроль за составлением смет (проверка расчётов, используемых нормативов);
- желательно сопоставление сметы с расходами за предшествующие период, с расходами других однотипных организаций;
- возможен контроль за исполнением сметы не только по итогам года, но и в процессе её исполнения по периодам.

Статьи сметы расходов строятся с учетом специфики отрасли здравоохранения. Расходы организаций здравоохранения подразделяются на *капитальные вложения* и *текущее содержание организации*. Текущие расходы состоят из административно-хозяйственных и операционных расходов.

В соответствии с приказом Министерства финансов Российской Федерации от 20 ноября 2007 года №112н «Об общих требованиях к порядку составления, утверждения и ведения бюджетных смет казенных учреждений»

разработан Порядок составления и утверждения бюджетной сметы государственных казенных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Краснодарского края (Приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 1 ноября 2016 года №5608).

**Смета** – документ, определяющий на соответствующий финансовый год расчетные показатели и направление расходования бюджетных средств на основании доведенных до учреждения в установленном порядке лимитов бюджетных обязательств по расходам бюджета в соответствии с классификацией расходов бюджетов Российской Федерации и утверждаемый главным распорядителем бюджетных средств.

Смета составляется государственными казенными учреждениями, подведомственными министерству здравоохранения Краснодарского края на финансовый год в случае, если закон о бюджете утверждается на один финансовый год, либо на финансовый год и плановый период, если закон о бюджете утверждается на очередной финансовый год и плановый период.

Составлением сметы является установление объема и распределения направлений расходования средств краевого бюджета на основании доведенных до учреждения в установленном порядке лимитов бюджетных обязательств по расходам бюджета на принятие и исполнение бюджетных обязательств по обеспечению выполнения функций учреждения на период одного финансового года.

Показатели сметы формируются в разрезе кодов классификации расходов бюджетов бюджетной классификации РФ с детализацией до кодов подгрупп и элементов видов расходов классификации расходов бюджетов. Министерство вправе устанавливать дополнительную детализацию показателей.

К смете прилагаются обоснования (расчеты) плановых сметных показателей, использованных при формировании сметы, являющихся неотъемлемой частью сметы.

После принятия в установленном порядке закона о краевом бюджете на финансовый год (на финансовый год и на плановый период) смета утверждается руководителем учреждения и направляется на согласование в министерство в трех экземплярах.

Согласование министерством обеспечивается в течение 10 рабочих дней с момента поступления сметы в министерство.

При отсутствии замечаний к смете учреждения руководитель структурного подразделения, ответственного за рассмотрение сметы, и (или) специалисты, курирующие деятельность учреждений, визируют один экземпляр сметы и представляет три экземпляра сметы на согласование министру или уполномоченному им лицу.

При наличии замечаний по представленной на согласование смете, учреждение в течение двух рабочих дней устраняет замечания и представляет в министерство три экземпляра сметы для повторного рассмотрения и согласования.

Согласованную смету (уточненную смету) учреждение не позднее пяти рабочих дней, следующих за днем согласования сметы, размещает в информационно-телекоммуникационной сети Интернет на официальном сайте [www.bus.gov.ru](http://www.bus.gov.ru).

Типовая смета, содержащая общие данные для всех бюджетных учреждений здравоохранения, состоит из 3 частей:

1) наименования и адреса учреждений, из бюджетов которых финансируется организация (раздел, параграф бюджетной классификации), и свод расходов по статьям с распределением по кварталам;

2) показатели оперативного плана работы организации по состоянию на начало и конец года, а также среднегодовые;

3) расчеты и обоснования по каждой статье расходов и отдельным ее элементам.

При составлении проекта сметы бюджетные учреждения здравоохранения для обоснования требуемых сумм расходов разрабатывают подробную, детальную номенклатуру расходов, выделяя внутри статьи отдельные расходы. Обоснование отдельных сумм расходов по смете приводится в приложении к ней. Сметы расходов, составляемые медицинскими учреждениями по каждому параграфу классификации расходов, принято называть индивидуальными.

Укрупненно в смете можно выделить 2 группы показателей:

а) **200 – расходы**, в эту группу включены статьи:

- 210. Оплата труда и начисления на оплату труда.
- 220. Приобретение услуг.
- 260. Социальное обеспечение.
- 290. Прочие расходы.

б) **300 – поступление нефинансовых активов**, в эту группу включены статьи:

- 310. Увеличение стоимости основных средств.
- 340. Увеличение стоимости материальных запасов.

Смета доходов и расходов является плановым документом, для контроля за исполнением которого организации следует составить фактический документ - отчет об исполнении сметы. В отчете о выполнении сметы сопоставляются плановые показатели доходов и расходов с фактическими данными. Они берутся из бухгалтерского учета организации, который является наиболее полной системой обобщения информации о ее деятельности. С помощью сопоставления планируемых и фактических данных оценивается, насколько исполнена смета, и если отдельные из поставленных целей не достигнуты, то выявляются причины, повлиявшие на срыв плановых показателей. Это учитывается при составлении сметы на следующий год, в которую могут быть заложены отклонения по смете за предыдущий год.



Утверждаю в сумме

(сумма цифрами и прописью)

Главный распорядитель бюджетных средств

(подпись)

(расшифровка подписи)

"

"

г.

Бюджетная смета на

ГОД

КОДЫ

Наименование главного распорядителя бюджетных средств		по реестру ГРБС	986
Наименование получателя бюджетных средств		по ОКПО	
Адрес			
Раздел		по КФСР	
Подраздел		по КФСР	
Целевая статья		по КЦСР	
Вид расхода		по КВР	
Единица измерения	рубли	по ОКЕИ	383
Наименование статей и подстатей классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ)	КОСГУ	Утверждено на _____ год	
<b>Оплата труда и начисления на оплату труда</b>	<b>210</b>		
Зарботная плата	211		
Прочие выплаты	212		
Начисления на оплату труда	213		
<b>Приобретение услуг</b>	<b>220</b>		
Услуги связи	221		
Транспортные услуги	222		
Коммунальные услуги	223		
Арендная плата за пользование имуществом	224		
Услуги по содержанию имущества	225		
в т.ч. расходы на капитальный и текущий ремонт	225.1		
Прочие услуги	226		
<b>Социальное обеспечение - всего, в том числе</b>	<b>260</b>		
Пособие по социальной помощи населению	262		
<b>Прочие расходы</b>	<b>290</b>		
<b>Поступление нефинансовых активов</b>	<b>300</b>		
Увеличение стоимости основных средств - всего, в том числе	310		
медицинское оборудование	310.1		
технологическое оборудование	310.2		
медицинский инструментарий	310.3		
Увеличение стоимости материальных запасов - всего, в т.ч.	340		
расходы на питание	340.1		
расходы на медикаменты	340.2		
расходы на ГСМ	340.3		
мягкий инвентарь	340.4		
прочие	340.5		
<b>ИТОГО</b>			
Руководитель		Главный бухгалтер	
М.П.		Руководитель планово-финансовой службы	
"		"	г.

Отчет о выполнении сметы доходов и расходов, так же как и сама

смета, является важным финансовым документом, подтверждающим, что некоммерческая организация действует в рамках своей уставной деятельности.

Отчет по исполнению сметы расходов  
на 01 \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(в руб.)

Код по ЭКР	Наименование показателя	Утверждено по смете	Исполнено (кассовое исполнение)		Результат исполнения	
			20__ г. (квартал)	итого с начала года	экономия	перерасход
210	Оплата труда и начисления на оплату труда					
211	Заработная плата					
212	Прочие выплаты:					
213	Начисления на оплату труда					
220	Приобретение услуг					
221	Оплата услуг связи					
222	Транспортные услуги					
223	Коммунальные услуги					
224	Арендная плата за пользование имуществом					
225	Услуги по содержанию имущества:					
226	Прочие услуги					
290	Прочие услуги: налог на имущество					
300	Поступление нефинансовых активов					
310	Увеличение стоимости основных средств					
320	Увеличение стоимости нематериальных активов					
340	Увеличение стоимости материальных запасов					
	Всего по смете					

При обслуживании учреждения централизованными бухгалтериями практикуется составление общих смет для группы медицинских организаций. В общих сметах расходы планируются в целом по группам учреждений: поликлиник, больниц, диагностических центров. Сводная смета составляется путем суммирования всех расходов, включая индивидуальные, общие расходы и сметы на централизованные мероприятия. Все расходы, включаемые в смету, должны группироваться по видам и целевому

назначению. При определении их суммы необходимо строго соблюдать режим экономии.

При утверждении смет проверяют необходимость и целесообразность предусматриваемых расходов, их соответствие объему работы медицинского учреждения, соблюдение норм расходов. Утвержденная смета определяет сумму средств, которые должны быть выделены из бюджета на содержание медицинского учреждения.

Показатель выполнения сметы расходов рассчитывается путем деления фактического исполнения сметы по статьям за установленный период времени на показатели утвержденной сметы и умножения на 100.

Процент выполнения сметы по статьям и в целом может быть рассчитан по отделению и по больнице.

При уменьшении средних сроков пребывания больных на койке затраты на лечение одного больного снижаются. Одновременно сокращение длительности лечения позволяет больницам при большей сумме бюджетных ассигнований оказать стационарную помощь большему количеству больных. В этом случае государственные средства используются более эффективно. Назовем это условной экономией бюджетных средств (при этом предполагается высокое количество лечения и правильно обоснованный план койко-дней).

**Условная экономия бюджетных средств больницы (Эс)** может быть рассчитана по формуле:

$$Эс = \frac{Б}{КДп} * (б - p) * ч$$

где: Б - расходы по смете больницы;

КДп - количество плановых койко-дней;

б - среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом) периоде;

р - среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном) периоде;

ч - число больных, лечившихся в стационаре в расчетном периоде,

Величина Эс представляет часть экономии государственного бюджета. Если же в расчетном периоде средняя продолжительность сроков стационарного лечения увеличится, то вместо экономии будет относительное увеличение расходов.

**Экономические потери от простоя коек:**

$$Z = \left( \frac{W\phi}{J\phi} - \frac{W\phi}{Jp} \right) * J\phi$$

где: Z - экономические потери за год (руб.);

Wф - фактические расходы на содержание больничных коек в год, кроме 9 и 10-й сметы расходов (руб.);

Jф - фактическое число койко-дней,

Jр - расчетное число койко-дней.

### **Образец решения задачи**

По N-ской городской больнице расходы по смете составили 8,91 млрд. руб. Больницей в расчетном периоде должно быть выполнено за год 198 000 койко-дней (учитывая 330 дней работы койки и 600 коек). Среднее, пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 19,2 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 17,8 дня и было пролечено 11115 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

*Схема расчета:*

1) плановые расходы по смете на 1 койко-день

$$8\,910\,000\,000 : 198\,000 = 45\,000 \text{ руб.}$$

2) сокращение среднего пребывания больного на койке

$$19,2 - 17,8 = 1,4 \text{ дня}$$

3) общее число койко-дней, полученных в результате сокращения среднего пребывания больного на койке

$$1,4 * 11\,115 = 15\,561 \text{ койко-день}$$

4) условная экономия бюджетных средств больницы в результате сокращения среднего пребывания больного на койке

$$45\,000 * 15\,561 = 700\,245\,000 \text{ руб.}$$

Следовательно, условная экономия бюджетных средств больницы в результате сокращения среднего пребывания больного на койке составила 700 245 000 руб.

### **Индивидуальные задания:**

#### ***Вариант 1***

По городской больнице расходы по смете составили 9746 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 250 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 20,1 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения

организационных мероприятий составило 19,4 дня. Было пролечено 4253 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 2***

По центральной районной больнице расходы по смете составили 7686 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 340 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 20,4 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 19,2 дня. Было пролечено 5844 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 3***

По инфекционной больнице расходы по смете составили 10674 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 550 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 19,6 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 18,1 дня. Было пролечено 9723 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 4***

По стационару кардиоцентра расходы по смете составили 21849 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 230 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 22,6 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 19,8 дня. Было пролечено 3717 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 5***

По психиатрической больнице расходы по смете составили 18776 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 720 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 340 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 52,2 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 46,6 дня. Было пролечено 5253 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 6***

По гинекологической клинике расходы по смете составили 8806 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 320 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 19,2 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 18,4 дня. Было пролечено 5739 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 7***

По стационару онкологического диспансера расходы по смете составили 9882 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 420 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 24,1 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 22,6 дня. Было пролечено 5947 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 8***

По городской больнице расходы по смете составили 4264 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 250 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 340 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 19,6 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 15,4 дня. Было пролечено 5124 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 9***

По стационару областной больницы расходы по смете составили 22744 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 1020 коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 330 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 19,4 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 18,1 дня. Было пролечено 18597 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### ***Вариант 10***

По стационару психоневрологического диспансера расходы по смете составили 6092 тыс. руб. Среднегодовая коечная мощность составляет 310

коек. Плановый показатель работы койки установлен на уровне 320 дней. Среднее пребывание больного на койке в базисном (прошлом периоде) составляло 24,4 дня. Среднее пребывание больного на койке в расчетном (данном периоде) после внедрения новых методов диагностики, лечения и проведения организационных мероприятий составило 22,1 дня. Было пролечено 4489 больных. Рассчитать условную экономию бюджетных средств больницы.

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Планирование здравоохранения как отрасли экономики.
2. Основные принципы планирования.
3. Экономические методы планирования деятельности медицинского учреждения.
4. Планирование стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.
5. Смета расходов медицинской организации.

### **ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Планирование в здравоохранении - это
  - а) заранее намеченная система мероприятий, предусматривающая порядок, последовательность и сроки выполнения работ
  - б) система мероприятий по определению цели, задач, структуры и функций системы здравоохранения
  - в) система мероприятий по разработке программ развития здравоохранения
  - г) все перечисленное верно
2. К принципам планирования здравоохранения относятся
  - а) научная обоснованность плановых документов
  - б) обязательность выполнения для всех исполнителей
  - в) согласованность перспективных и текущих планов
  - г) согласованность территориальных и отраслевых планов
  - д) все перечисленное
3. Условия, обеспечивающие эффективное планирование
  - а) четкое определение целей, ожидаемых результатов, задач, направлений деятельности на планируемый период
  - б) реальность планируемых мероприятий
  - в) конкретность плановых документов
  - г) определение источников финансирования, сроков исполнения, ответственных лиц
  - д) все перечисленные

4. Управленческий процесс создания и поддержания соответствия между целями организации и ее потенциальными возможностями называется

- а) целеполаганием
- б) финансированием
- в) платежеспособностью
- г) текущим планированием
- д) стратегическим планированием

5. Нормативами здравоохранения являются:

- а) количественные показатели состояния внешней среды, лечебно-профилактической помощи, а также научно обоснованные и регламентированные показатели деятельности медучреждений, нагрузки медперсонала и использования материальных средств здравоохранения
- б) расчетные показатели, которые характеризуют совокупность средств здравоохранения, необходимых для удовлетворения норм потребности; они являются показателями плана здравоохранения и позволяют судить о состоянии обеспеченности медпомощью
- в) все перечисленное является нормативами

6. Назовите методы планирования, используемые в здравоохранении

- а) аналитический
- б) балансовый
- в) нормативный
- г) моделирования
- д) используются все перечисленные методы

7. Укажите факторы, которые необходимо учитывать при оценке потребности населения территорий в ресурсах здравоохранения

- а) численность населения
- б) возрастно-половой состав населения
- в) уровень заболеваемости и смертности
- г) экономическое состояние территории
- д) все перечисленное

8. Укажите необходимые данные для определения потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи (верно все кроме одного)

- а) численность населения
- б) уровень заболеваемости
- в) повторность посещений с лечебной целью на одно заболевание
- г) число профилактических посещений
- д) число застрахованных по ОМС



9. Смета медицинского учреждения - это
- а) финансовое выражение оперативно-производственного плана
  - б) сводная характеристика доходов и расходов учреждения
  - в) учет всех средств учреждения, поступающих из различных источников
  - г) все перечисленное верно
10. Статья сметы медицинского учреждения регламентирует:
- а) целевое использование средств в учреждении
  - б) объем финансирования медицинских услуг
  - в) порядок внедрения платных медицинских услуг и медицинского страхования
  - г) баланс доходов и расходов на конкретные цели
  - д) все перечисленное верно

## ***Глава 8 Управление качеством в здравоохранении.***

### **Тема 12. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Система здравоохранения является одним из самых важных социальных институтов в государстве, поскольку от качества ее работы напрямую зависит здоровье граждан. Что понимается под термином «качество»? Какие существуют критерии для оценки уровня оказываемых медицинских услуг, как устроена система контроля качества и какие органы задействованы в ее работе? Ответим на эти вопросы в данной главе.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) дает развернутое (полное) определение качества медицинской помощи, которое может быть сформулировано следующим образом:

Качество медицинской помощи (КМП) – это содержание взаимодействия врача и пациента основанные на квалификации профессионала, то есть его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения.

Определение Центрального НИИ здравоохранения МЗ РФ гласит, что качество медицинской помощи – это общая совокупность всех характеристик, которые подтверждают соответствие действий оказания медицинской помощи необходимым потребностям населения, современным технологиям, медицинской науке, ожиданиям пациента.

С юридической точки зрения принято использовать определения из текста законов:

Федеральный закон «Об основах охраны граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ;

Приказ Минздрава «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 15 июля 2016 г. N 520н

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 №326-ФЗ.

В первом законе приводится определение КМП, содержатся сведения об экспертизе и оценке качества медицинской помощи. В приказе Минздрава представлены критерии и стандарты, используемые при оценке КМП. Третий нормативный акт регулирует вопросы, связанные с контролем КМП в клиниках (регламентируются правила, сроки, формы и условия осуществления). Закон рассматривает исключительно медицинскую помощь, оказываемую населению в рамках ОМС (то есть условно бесплатно), и его правила не распространяются на частные учреждения, где в основе лежит договор между пациентом и организацией, осуществляющей лечение.

Согласно ФЗ №323 **качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п. 21 ст. 2);

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (п. 3 ст. 2);

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (4. ст. 2).

Таким образом, понятие медицинская помощь более широкое и в него входят и медицинские услуги, поскольку последние являются составной частью медицинской помощи. Это важно отметить, потому как, зачастую, законодательно определены именно вопросы качества медицинской помощи, которые, исходя из изложенного выше, также применимы и к термину медицинская услуга

В статье 10 «Доступность и качество медицинской помощи» ФЗ №323, указано, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного

объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством РФ требований к размещению медицинских организаций и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

10) применением телемедицинских технологий.

Если мы внимательно прочитаем определение качества, то увидим, что здесь же приведены и законодательно закреплены его основные характеристики (п. 21 ст. 2 ФЗ №323). Рассмотрим их более подробно.

Своевременность оказания медицинской помощи. В сфере предоставления медицинских услуг вопросы, связанные со сроками оказания медицинской помощи регламентируются постановлениями Правительства РФ, различными ведомственными актами, а также договором, заключенным между медицинской организацией и пациентом. При этом, данные сроки подразделяются на две группы: сроки ожидания медицинской помощи; сроки оказания непосредственно медицинской помощи.

Так, сроки ожидания медицинской помощи, при оказании пациенту платной медицинской помощи, определяются соглашением между медицинской организацией и пациентом. В случае же оказания пациенту бесплатной медицинской помощи, сроки ожидания плановой медицинской помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Раздел VIII. Постановления Правительства РФ от 08.12.2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий...» содержит требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи:

- сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на

госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния);

- сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

- сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

Средние сроки лечения по конкретным видам заболеваний устанавливаются Приказами Минздрава России, утверждающими стандарты медицинской помощи (ч. 2 ст. 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»). Однако, своевременность оказания медицинской помощи сводится не только к срокам ожидания и срокам оказания тех или иных медицинских услуг в составе медицинской помощи. Данный критерий отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента, как: своевременность проведенных диагностических исследований, своевременность постановки диагноза,

своевременность проведенной операции, и пр., то есть это некая актуальность произведенных действий имеющимся обстоятельствам.

Правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Организация и оказание медицинской помощи на основе клинических рекомендаций будет осуществляться с 1 января 2022 года. До 31 декабря 2021 года применяются клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (Федеральный закон от 25.12.2018 N 489-ФЗ).

С учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ, основанных на данных медицинской статистики, формируются программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи утверждаются приказами Министерства здравоохранения РФ (ст. 37 №323-ФЗ). Стандарты разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов (с указанием средних доз), медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания и иного исходя из особенностей заболевания.

Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включают в себя этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации, стандарт оснащения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, а также иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Важнейшими источниками выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации являются клинические рекомендации (протоколы лечения), руководства, научные публикации, учебники, справочники и др., источники, которые представляют собой, так называемые, источники доказательной медицинской практики.

Степень достижения запланированного результата. Степень достижения цели оказания медицинской помощи должна устанавливаться применительно к каждому отдельному заболеванию, пациенту и обязательно с учетом исходного состояния здоровья последнего. Одной из наиболее распространенных причин возникновения претензий пациентов к медицинским работникам и медицинским организациям, исходя из существующей судебной практики, является несоответствие результата полученной медицинской помощи ожиданиям пациентов. Как правило, пациенты считают отсутствие достижения ожидаемого результата следствием некачественно оказанной медицинской помощи. Однако, следует отметить, что не достижение определенного ожидаемого результата оказания медицинской помощи само по себе не является основанием определения оказанной медицинской помощи как некачественной, поскольку является субъективным критерием.

Согласно ФЗ №326 **оценка качества** медицинского обслуживания в системе ОМС проводится в форме **экспертизы**. Она бывает двух видов: целевая и плановая.

Целевая экспертиза может проходить в случае:

- получения жалоб от пациента,
- непрогнозируемых летальных исходах,
- появления осложнений у больного,
- повторного обращения гражданина с одним и тем же диагнозом (важны сроки и индивидуальные обстоятельства).

Плановая экспертиза проводится по заранее утвержденному на год графику, составленному заинтересованной организацией (фонды ОМС). По общему правилу данному виду оценки качества должно быть подвергнуто как минимум 5% от всех случаев предоставления медицинской помощи за отчетный период.

Экспертизу КМП в рамках системы ОМС имеют право осуществлять исключительно страховые медицинские организации и фонды ОМС. От их лица эту процедуру уполномочены проводить специальные люди (эксперты), которые обязаны отвечать установленным законом профессиональным требованиям (высшее образование, должность врача-специалиста в конкретной области со стажем как минимум 10 лет, соответствующая аккредитация эксперта и т.д.).

Приведенные в Приказе Минздрава №520н **критерии оценки качества медицинской помощи** применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Критерии качества применяются в целях оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

В качестве примера ниже представлены некоторые критерии качества по группам заболеваний (состояний) (п. 3.1.3 Приказ Минздрава №520н)

**Критерии качества специализированной медицинской помощи  
взрослым и детям при вирусном гепатите с печеночной комой  
(коды по МКБ - 10: B15.0; B16.0; B16.2)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов гепатитов А, В, С, D методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, общий белок, альбумин, электролиты крови) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
10.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при среднетяжелой и тяжелой формах острого вирусного гепатита с длительным холестазом и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной	Да/Нет

	полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	
13.	Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго	Да/Нет
14.	Достигнут уровень билирубина в крови не выше 60 мкмоль/л на момент выписки из стационара (за исключением холестатических форм)	Да/Нет
15.	Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 70% на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки из стационара	Да/Нет

Система обеспечения качества медицинской помощи состоит из 3-х элементов. К ним относятся:

участники контроля (т.е. те, кто должен осуществлять контроль);  
 средства (с помощью чего осуществляется контроль);  
 механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, по-последовательность действий).

Сейчас имеется 3 уровня контроля деятельности медучреждений:

Государственный.

Внутренний (в самом медучреждении).

Ведомственный.

При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневедомственному – все остальные.

Такая система создана для установления четких рамок ответственности за должное оказание медицинских услуг. Государственный контроль направлен, главным образом, на лицензирование деятельности медицинских организаций и на проведение различных проверок соблюдения прав человека в сфере здравоохранения.

Обобщенно можно выделить следующие **принципы системы контроля качества медицинской помощи**:

Непрерывность управления.

Использование достижений доказательной базы медицины.

Проведение экспертиз на основе разработанных медицинских стандартов.

Единство в подходах при проведении экспертиз.

Использование правовых и экономических методов.

Мониторинг системы управления КМП.

Анализ экономической эффективности, соотношение затрат с оптимальным уровнем КМП

Изучение мнения населения по вопросам качества медпомощи.



Анализ различных методик оценки КМП показал, что наиболее приемлемой является методологическая схема, предложенная А. Donabedian, в основу которой положена так называемая триада индикаторов Донабедиана

**Триада Донабедиана выделяет три группы индикаторов:**

**1. Индикаторы качества ресурсов (структуры):**

- медицинские кадры и их квалификация;
- материальное обеспечение;
- финансовые средства;
- информационное обеспечение и т.п.

**2. Индикаторы качества процесса:**

- технология;
- соблюдение стандартов;
- диагностика;
- лечение;

**3. Индикаторы качества результатов:**

- исходы лечения;
- стоимость лечения;
- среднюю длительность лечения;
- доступность лечения;
- безопасность лечения;
- оптимальность лечения;
- удовлетворённость пациента и т.п.

Остановимся отдельно на обеспечении безопасности и экономической эффективности медицинской помощи.

При ограниченном размере финансовых ресурсов, расходуемых на здравоохранение, медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы финансовые расходы осуществлялись оптимально с учетом получаемых результатов и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности.

В некоторых системах здравоохранения медицинские работники, экономически заинтересованные в результатах своей работы, назначают большое количество показанных и непоказанных медицинских манипуляций и процедур. В результате происходит неадекватное завышение объемов оказанных медицинских услуг, которое обусловлено не состоянием здоровья, а прямой экономической заинтересованностью врачей в проведении соответствующих процедур и операций.

Современная техника реанимации и интенсивной терапии такова, что в состоянии поддерживать биологическое существование пациента практически неограниченное время, при полном отсутствии возможности выздоровления. Имеются примеры, когда и у нас, и на Западе поддерживается существование фактически биологических объектов годами, несмотря на то, что шансов вернуться к человеческой жизнедеятельности у них нет. При этом возникает целый ряд вопросов. Насколько экономически оправданы те огромные расходы, которые несут в результате этого лечебные

учреждения? При каких обстоятельствах и в какой степени врач вправе вмешиваться в этот процесс? Кто принимает решение о прекращении мероприятий интенсивной терапии и тем самым о лишении живого объекта жизни? Таким образом, зачастую проблемы экономические переплетаются с проблемами моральными и этическими.

Федеральный закон № 323-ФЗ содержит статью 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Согласно ему

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, условиях дневного стационара и при посещениях на дому осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Порядок формирования перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством РФ.

Также законодательно регулируются предельные отпускные цены производителей и предельные размеры оптовых надбавок к фактическим отпускным ценам на медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Государственному регулированию не подлежат предельные отпускные цены производителей и предельные размеры оптовых надбавок к фактическим отпускным ценам на медицинские изделия, используемые для подготовки к имплантации, предотвращения осложнений при хирургических

вмешательствах, доставки, фиксации и извлечения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и включенные в указанный перечень.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья, в порядке, установленном Правительством РФ осуществляет государственную регистрацию или перерегистрацию предельных отпускных цен, а также ведет государственный реестр предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа) на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов утвержденной Постановлением Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» установлены:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно,
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно,
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно,
- средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,
- средние подушевые нормативы финансирования,
- порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты,
- требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью Программы.

Введение закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» ознаменовало собой появление фондов ОМС, а также страховых медицинских организаций, имеющих законное право контролировать КМП застрахованным пациентам, т.е. обеспечивать вневедомственный контроль качества медицинской помощи.

В разделе IX Программы указано, что **критериями качества медицинской помощи являются:**

- удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
- доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте;
- материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
- младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
- доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года;
- смертность детей в возрасте 0-4 лет (на 1000 родившихся живыми);
- смертность населения, в том числе городского и сельского населения (число умерших на 1000 человек населения);
- доля умерших в возрасте 0-4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-4 лет;
- смертность детей в возрасте 0-17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);
- доля умерших в возрасте 0-17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-17 лет;
- доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;
- доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года;
- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;
- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в

первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;

- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению;

- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению;

- доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи;

- доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;

- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, имеющих показания к ее проведению;

- количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Кроме того, субъектами РФ проводится оценка эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, являются:

- 1) доля объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией (за исключением медицинских организаций, имеющих прикрепленное население) (целевое значение - не менее 50%);

- 2) доля доходов за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме доходов медицинской организации,

подведомственной федеральному органу исполнительной власти (целевое значение для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, - не менее 20%).

**Безопасность медицинской помощи** государство гарантирует с помощью контрольно-разрешительных механизмов, основным из которых является лицензирование.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет лицензирование следующих видов деятельности:

- производство и техническое обслуживание (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) медицинской техники;

- медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») медицинских и иных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;

- фармацевтическая деятельность в части деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

- оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений в части оборота наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений, осуществляемого организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук

Базовые понятия, касающиеся лицензирования закреплены в Федеральном законе от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

**Лицензирование** – деятельность лицензирующих органов по предоставлению, переоформлению лицензий, продлению срока действия лицензий в случае, если ограничение срока действия лицензий предусмотрено федеральными законами, осуществлению лицензионного контроля, приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий, формированию и ведению реестра лицензий, формированию государственного информационного ресурса, а также по предоставлению в установленном порядке информации по вопросам лицензирования

**Лицензия** – специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности), которое подтверждается документом, выданным лицензирующим органом на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, в случае, если в заявлении о предоставлении лицензии указывалось на необходимость выдачи такого документа в форме электронного документа;

**Лицензируемый вид деятельности** – вид деятельности, на осуществление которого на территории РФ и на иных территориях, над которыми РФ осуществляет юрисдикцию в соответствии с законодательством РФ и нормами международного права, требуется получение лицензии.

**Лицензирующие органы** – уполномоченные федеральные органы исполнительной власти и (или) их территориальные органы, а в случае передачи осуществления полномочий РФ в области лицензирования органам государственной власти субъектов РФ органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие лицензирование.

**Соискатель лицензии** – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившиеся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии;

**Лицензиат** – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию;

**Лицензионные требования** – совокупность требований, которые установлены положениями о лицензировании конкретных видов деятельности, основаны на соответствующих требованиях законодательства Российской Федерации и направлены на обеспечение достижения целей лицензирования;

**Место осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию** (далее - место осуществления лицензируемого вида деятельности) - объект (помещение, здание, сооружение, иной объект), который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) используется при его осуществлении, соответствует лицензионным требованиям, принадлежит соискателю лицензии или лицензиату на праве собственности либо ином законном основании, имеет

почтовый адрес или другие позволяющие идентифицировать объект данные. Место осуществления лицензируемого вида деятельности может совпадать с местом нахождения соискателя лицензии или лицензиата.

**Лицензирование отдельных видов деятельности** осуществляется в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, окружающей среде, объектам культурного наследия (памятникам истории и культуры) народов РФ, обороне и безопасности государства, возможность нанесения которого связана с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями отдельных видов деятельности. Осуществление лицензирования отдельных видов деятельности в иных целях не допускается.

**Задачами лицензирования** отдельных видов деятельности являются предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическим лицом, его руководителем и иными должностными лицами, индивидуальным предпринимателем, его уполномоченными представителями требований, которые установлены федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами РФ. Соответствие соискателя лицензии этим требованиям является необходимым условием для предоставления лицензии, их соблюдение лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

Определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации медицинскими и иными организациями, а также индивидуальными предпринимателями Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

В этом постановлении определены:

- лицензирующие органы (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ);
- лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности (наличие помещений, медицинских изделий, высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями, стажа работы по специальности, наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности);
- порядок предоставления соискателем заявления для получения лицензии и прилагаемые документы;
- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

Виды деятельности, требующие лицензирования, описываются в Постановлении Правительства №291 от 08.12.2016.

Проверка и оформление документов после поступления заявления в



надлежащем виде составляет не более 45 дней.

В процессе проверки Росздравнадзор запрашивает у смежных ведомственных служб дополнительную информацию:

- подтверждение права собственности на владение зданием;
- отчет Санэпиднадзора о соответствии здания санитарным нормам для оказания медуслуг;
- подтверждение постановки заявителя на учет в налоговой;
- проверка регистрации медицинских изделий и оборудования;
- подтверждение уплаты госпошлины (7500 рублей).

В случае принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии она оформляется одновременно с приказом (распоряжением). Приказ (распоряжение) о предоставлении лицензии и лицензия одновременно подписываются руководителем или заместителем руководителя лицензирующего органа и регистрируются в реестре лицензий. В течение трех рабочих дней после дня подписания и регистрации лицензии лицензирующим органом она вручается лицензиату или направляется ему заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Основанием отказа в предоставлении лицензии является:

- 1) наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;
- 2) установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям;
- 3) наличие в отношении соискателя лицензии решения об аннулировании ранее выданной лицензии на такой вид деятельности.

Решение лицензирующего органа об отказе в предоставлении лицензии или бездействии лицензирующего органа может быть обжаловано соискателем лицензии в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Официальный сайт Росздравнадзора** предоставляет сервис поиска (<http://www.roszdravnadzor.ru/services/licenses>) в общероссийском реестре, что позволяет проверить подлинность регистрации организации

Предпринимательская деятельность без лицензии наказывается в общем порядке по статье 14 КоАП. Для индивидуальных предпринимателей штраф составляет от 4 до 5 тысяч рублей, у юрлиц – от 40 до 50 тысяч. На усмотрение суда может проводиться конфискация продукции, сырья и орудий производства.

### **Тема 13. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ.**

Менеджмент качества является важнейшей частью единой системы управления медицинскими учреждениями и здравоохранением в целом и тесно связан с другими аспектами отраслевого менеджмента (планирование и организация здравоохранения, управление персоналом, финансами, материальными ресурсами, информацией и т.д.).

Менеджмент качества медицинской помощи (КМП) включает в себя общую теорию менеджмента качества, накопленные эмпирические данные, методы исследования и практику использования разработанных управленческих технологий. В его основе лежат количественные методы изучения, включая статистический анализ и математическое моделирование, системный, процессный и социально-психологический подходы.

В классическом определении «Управление – это процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того, чтобы сформулировать и достичь целей организации». Сюда еще обычно добавляют связующие процессы в виде коммуникаций и принятия решений как центрального звена теории управления. Указанные функции и связующие процессы являются неотъемлемыми составляющими системы управления качеством.

В соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь" под менеджментом качества понимают скоординированную деятельность по управлению организацией применительно к качеству, включающую в себя разработку политики и целей в области качества, планирование качества, управление качеством, обеспечение качества и улучшение качества.

Управление КМП можно рассматривать как часть менеджмента качества, носящую прикладной характер применительно к здравоохранению. Вместе с тем, учитывая объект управления и область применения, менеджмент КМП можно рассматривать и как отдельный раздел.

**Управление качеством медицинской помощи** – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских технологий, снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходования ресурсов медицинских учреждений.

В настоящее время существуют достаточно хорошо разработанная общая теория и практика использования принципов и методов менеджмента качества во многих сферах деятельности. Не является исключением и здравоохранение. Вместе с тем при внедрении систем управления качеством в медицинских учреждениях необходимо учитывать отраслевые особенности. Прежде всего, это проблемы количественной оценки состояния здоровья,

деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом.

Под обеспечением качества следует понимать медицинские мероприятия, направленные на достижение заданного уровня качества медицинской помощи и удовлетворенности пациента медицинской услугой. Целью деятельности медицинского учреждения является оказание качественной и безопасной медицинской помощи населению. Обеспечение высокого качества медицинской помощи необходимо не только само по себе, но и как средство решения других проблем управления – достижения оптимальных финансовых показателей, снижения издержек, уменьшения числа производственных конфликтов, решения проблем удовлетворенности пациентов и т.д.

Важнейшей функцией управления КМП является контроль, включая экспертизу КМП. Система контроля качества медицинских услуг подразумевает объективную оценку качества и повышение эффективности оказания медицинской помощи населению. Это совокупность служб, а на уровне медицинских учреждений – подразделений, обеспечивающих планомерную деятельность по сбору и анализу данных о состоянии КМП, разработке и реализации управленческих решений по улучшению КМП в целях обеспечения прав граждан в получении медицинской помощи надлежащего качества и необходимого объема.

В основе контроля КМП лежат статистический анализ дефектов оказания медицинской помощи, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, утвержденные приказами Минздрава РФ, которые соответствуют гарантированному объему медицинской помощи, иные нормативно-правовые акты (приказы, клинические рекомендации, клинические протоколы, методические рекомендации и указания и т.д.) в области организации оказания и качества медицинской помощи.

#### **Система управления КМП включает:**

- контроль качества проведения лечебно-диагностического процесса и его результатов;
- осуществление экспертной оценки качества оказания медицинской помощи;
- планирование конечных результатов;
- статистическую обработку и анализ полученной информации;
- выявление дефектов лечебно-диагностического процесса и их предупреждение;
- подготовку предложений по улучшению качества медицинской помощи для руководителей медицинских организаций и органов управления здравоохранением.

КМП во многом зависит от кадрового, финансового, материально-технического и лекарственного обеспечения медицинских учреждений. Эти факторы относят к структуре оказания медицинской помощи. Напомним, что при анализе КМП традиционно оценивают три взаимосвязанных компонента триады Донабедиана:

1) ресурсы и структуру оказания медицинской помощи (материально-техническое и лекарственное обеспечение, уровень профессиональной подготовки работников, финансовое, информационное и нормативно-правовое обеспечение, условия пребывания пациентов в ЛПУ и т.д.);

2) основные и вспомогательные процессы оказания медицинской помощи и их взаимодействие (медицинские, управленческие и информационные технологии, координация деятельности различных структурных подразделений ЛПУ и отдельных работников и т.д.);

3) результаты оказания медицинской помощи.

Таким образом, контроль КМП включает экспертизу КМП, а также:

1) оценку состояния и эффективности использования материально-технических, финансовых, информационных и кадровых ресурсов ЛПУ;

2) изучение удовлетворенности пациентов и других заинтересованных сторон качеством медицинского обслуживания;

3) расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

4) оценку эффективности системы управления качеством в ЛПУ.

Оценка качества медицинской деятельности медицинских организаций также включает показатели их организационной деятельности и состояния здоровья обслуживаемого населения (распространенность и поздняя выявляемость социально-значимых заболеваний, первичный выход на инвалидность и смертность лиц трудоспособного возраста, инвалидность в детском возрасте, эффективность реабилитации больных и инвалидов, охват новорожденных скринингом на врожденные заболевания, показатели младенческой и детской смертности и т.д.). Важнейшим критерием оценки качества является удовлетворенность потребителей и других заинтересованных сторон, а также самооценка работников медицинских организаций.

Таким образом, в зависимости от поставленных целей контроль качества может включать в себя:

- анализ результатов оказания медицинской помощи;
- анализ процесса оказания медицинской помощи;
- медико-экономический и финансовый анализ медицинской деятельности;

- анализ результативности и эффективности организации медицинского обслуживания отдельных поло-возрастных и социальных групп населения и лиц с определенными заболеваниями;

- изучение удовлетворенности пациентов и других заинтересованных сторон медицинским обслуживанием;

- проверку выполнения договорных обязательств между субъектами системы медицинского страхования по вопросам качества, объема и условиям предоставления медицинской помощи и ее оплаты;

- оценку организации и КМП лицам трудоспособного возраста;

- проверку соблюдения порядка выдачи документов, удостоверяющих

временную нетрудоспособность;

- оценку возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень КМП;
- проверку правильности применения и обоснованности тарифов, соответствия предъявленных к оплате счетов выполненному объему и качеству медицинской помощи;
- другие виды контроля, осуществляемые субъектами контроля в пределах своих полномочий.

На основе результатов контроля разрабатывают предложения по совершенствованию организации и повышению КМП, а затем контролируют их выполнение.

Субъекты контроля организуют свою экспертную деятельность в соответствии с законодательством РФ и ведомственными нормативно-правовыми актами. Экспертиза КМП должна проводиться по единым научно обоснованным методологическим принципам, что обеспечивает достоверность и сравнимость ее результатов.

Обеспечение граждан РФ гарантированным объемом медицинской помощи при надлежащем ее качестве и безопасности для пациента возможна путем:

- 1) внедрения медико-экономических стандартов;
- 2) внедрения системы гарантийных обязательств по объему, качеству и безопасности медицинской помощи;
- 3) разработки и внедрения методов, методик, технических и программных средств проведения экспертизы качества и безопасности медицинских услуг, обеспечивающих объективную и оперативную экспертизу качества медицинской помощи;
- 4) стимулирования внедрения новых медицинских и информационных технологий, высокоэффективного оборудования, медицинской техники, инструментов, материалов, лекарственных средств, биопрепаратов, улучшающих качество и безопасность медицинской помощи;
- 5) контроля и надзора за соблюдением требований стандартов и лицензионной деятельностью.

Обеспечение доступности медицинской помощи возможно при:

- 1) предоставлении гарантированного объема медицинской помощи населению;
- 2) реальной возможности выбора пациентом лечащего врача и медицинского учреждения;
- 3) предоставлении необходимой и достоверной информации о медицинских и страховых услугах, качестве и безопасности услуг с указанием сведений о сертификации и лицензировании исполнителей услуг, о правах и обязанностях пациентов.

Правовая и социальная защищенность пациентов возможна при реализации следующих направлений:

- 1) строгая персонификация гражданина, в том числе и как субъекта

медицинского страхования, оформленная, прежде всего, выдачей индивидуальных страховых медицинских полисов, позволяющих отразить индивидуальную историю отношений пациента с системой здравоохранения;

2) мониторинг состояния здоровья населения по установленной системе критериев на различных уровнях;

3) разработка и внедрение системы информационной безопасности населения в виде системы мер, обеспечивающих безопасность населения от безответственной, непроверенной и непрофессиональной информации на медицинские темы, прежде всего, через средства массовой информации, от непрофессиональных рекомендаций.

**Контроль качеством медицинской помощи** осуществляется путем оценки качества лечебно-диагностического процесса, результатов и структуры (ресурсов) до оказания медицинской помощи (предварительный контроль), непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (текущий контроль) и после окончания лечения (заключительный контроль) всеми участниками системы – лечащий врач, заведующий отделением, заместитель главного врача и т.д.

Наиболее распространен заключительный контроль – экспертиза КМП после оказания медицинской помощи. Предварительный контроль и текущий контроль распространены значительно реже.

Основными задачами контроля являются выявление дефектов и ошибок в процессе оказания медицинской помощи и устранение их в будущем на основе разработки соответствующих корректирующих профилактических мероприятий.

Экспертиза качества медицинской помощи – исследование законченного случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом КМП, на основе анализа отклонения от установленной нормы (стандартов). В задачи эксперта входит выявление дефектов и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, с описанием их реальных и возможных последствий, выяснением причин их возникновения, составлением мотивированного заключения о надлежащем/ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи.

**Надлежащее качество медицинской услуги** – это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

**Ненадлежащее качество медицинской услуги** – это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

**Экспертиза КМП проводится в случае:**

- претензии пациента (или его родственников), группы пациентов,

общественных организаций в защиту прав пациентов;

- претензий страховых медицинских организаций;
- негативного исхода медицинской помощи (осложненное течение заболевания, хронизация при неполном выздоровлении, инвалидизация, летальный исход), которого можно было избежать;
- массовых заболеваний по неустановленной причине;
- инициативы самого ЛПУ или вышестоящего управления здравоохранением;
- инициативы территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Предметом контроля качества и экспертизы является:

- лечебно-диагностический процесс в конкретном клиническом случае;
- действия врача (группы врачей) в некоторой совокупности клинических случаев;
- действие лекарственного средства в конкретных клинических случаях;
- уровень качества и безопасности медицинской помощи за определенный период;
- уровень квалификации медицинского персонала;
- уровень здоровья населения определенного региона или изменения этого уровня в результате выполнения социальной или целевой медицинской программы.

Целями контроля качества и экспертизы КМП являются:

1) оценка правильности действия или решения врача, отделения ЛПУ или ЛПУ в целом в конкретном клиническом случае;

2) оценка профессионального уровня медицинского работника или группы медицинских работников, занятых в диагностическом или лечебном процессе определенного вида, по их действиям и решениям в совокупности клинических случаев;

3) оценка качества и безопасности медицинской помощи в следующих случаях:

- при выполнении диагностических и лечебных процедур без отклонения от технологии;
- при выполнении диагностических и лечебных процедур при отклонении от технологий;
- при выполнении диагностических и лечебных процедур в экстремальных условиях;
- при нарушении правил поведения и предписаний врачей со стороны пациента;

4) соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи;

5) оценка соблюдения требований других нормативно-правовых документов в области качества и организации медицинской помощи.

В соответствии со ст. 87 №323-ФЗ контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

- 1) государственный контроль;
- 2) ведомственный контроль;
- 3) внутренний контроль.

В дополнение к указанным формам контроля в настоящее время формируется независимая система оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. Контроль КМП, оказываемой по ОМС, рассматривается как отдельный вид контроля. Он регламентируется Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Контроль КМП и экспертиза конкретного клинического случая осуществляются на следующих **уровнях**:

- уровень 1 - заведующего отделением (подразделением);
- уровень 2 - заместителей руководителя ЛПУ;
- уровень 3 - врачебной комиссии медицинского учреждения;
- уровень 4 (муниципальный) - органов управления здравоохранением городов (районов);
- уровень 5 (региональный) - органа управления здравоохранением субъекта РФ.

Важнейшую роль в системе контроля КМП играет самостоятельный контроль непосредственным исполнителем (самоконтроль врачей и других медицинских работников). Главное здесь – формирование у работников мотивации к выявлению дефектов оказания медицинской помощи и постоянному совершенствованию лечебно-диагностического процесса на основе открытого обсуждения проблем качества, собственных ошибок и ошибок коллег, что естественно, предполагает формирование соответствующего морально-психологического климата в трудовом коллективе, стимулирующего выявление дефектов без боязни административных санкций со стороны руководства и осуждения со стороны своих коллег.

Итак, контроль КМП осуществляется:

#### **Лечащим врачом (самоконтроль).**

1. При анализе медицинской амбулаторной карты больного и личного осмотра лечащий врач поликлиники исключает дефекты, наличие которых способствует снижению качества медицинской помощи.

2. При анализе медицинской карты стационарного больного и личного осмотра лечащий врач стационара исключает дефекты, наличие которых приведет к снижению качества медицинской помощи, и своевременно проводит корректировку лечебно-диагностических мероприятий.

При оказании медицинской помощи лечащим врачом необходимо строгое соблюдение требований действующего законодательства, стандартов



медицинской помощи и иных нормативно-правовых актов в области КМП.

**На 1 уровне контроль осуществляется заведующим отделением.**

Заведующий поликлиническим отделением определяет уровень качества лечения в процессе наблюдения за пациентом, диспансеризации по соответствию набора стандартных показателей для каждой нозологической формы, заложенных в стандартах медицинской помощи, фактическому исполнению; оценивает состояние здоровья прикрепленного населения в зависимости от результатов экспертной оценки КМП.

Заведующий поликлиническим отделением может использовать любые формы контроля:

- личный осмотр пациента;
- изучение первичной медицинской документации (заочно);
- посещение больного на дому и т.д.

Охват контролем у заведующего отделением должен составлять 100% больных.

Заведующий стационарным отделением оценивает уровень качества лечения больного отдельными врачами по историям болезни и в результате личного осмотра больных.

Оценка качества медицинской помощи конкретному пациенту на уровне заведующего стационарным отделением осуществляется в 100% случаев для своевременной коррекции лечебно-диагностического процесса при совместных осмотрах с лечащими врачами.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.). При необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

Экспертному контролю подлежат:

- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности).

Оценка качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту фиксируется в первичной медицинской документации или унифицированной форме журнала учета результатов контроля КМП и форме сводной информации об объемах и результатах контроля КМП.

Результаты экспертизы КМП по законченному случаю при наличии дефектов регистрируются в экспертном протоколе (или картах экспертной оценки), содержащем формализованное описание дефектов и ошибок, их возможных последствий и экспертное заключение установленной формы.

**На 2 уровне контроль осуществляется заместителями главного врача медицинского учреждения.**

Контроль качества медицинской помощи на 2 уровне осуществляется заместителями руководителя медицинского учреждения на основе:

- анализа первичной медицинской документации;
- личного осмотра пациентов;
- при обходах подразделений учреждения;
- на заседаниях врачебных комиссий (в том числе комиссий по контролю за назначением лекарственных средств).

Объем контрольной деятельности на уровне всех заместителей главного врача (по медицинской части, по экспертизе временной нетрудоспособности и т.д.) составляет обычно не менее 30% от объемов 2 уровня для своевременной коррекции мероприятий по улучшению качества медицинской помощи и принятия соответствующих управленческих решений. Учет случаев контроля качества 2 уровня ведется в журнале формы N 035/у-02.

Целевая экспертиза КМП индивидуальных случаев оказания медицинской помощи проводится при:

- поступлении письменных жалоб пациента, его законного представителя или страхователя на КМП в медицинской организации;
- поступлении запросов правоохранительных органов;
- случаях летальных исходов;
- случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаях первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста.

Заместителем главного врача, ответственного за проведение контроля и экспертизы КМП, ежемесячно осуществляется анализ сведений об объемах и результатах контроля качества и экспертиз качества медицинской помощи, представленной заведующими отделениями.

По результатам анализа информации (ежемесячной), представленной заведующими отделениями, а также на основании личной контрольной и экспертной оценки КМП осуществляется подготовка аналитических отчетов (квартального, полугодового, годового), а также рекомендаций, проектов управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

### **На 3 уровне контроль осуществляется врачебной комиссией (ВК).**

Одной из функций ВК также является контроль КМП. Работа ВК осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» в фиксированные часы согласно внутреннему распорядку медицинского учреждения.

Результаты оценки и контроля КМП фиксируются в журнале клинико-экспертной работы, форма которого утверждена приказом МЗ РФ от 21.05.2002 N 154 "О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении".

На основании информации журнала формы N 035/у-02 председателем ВК (сопредседателем) проводится анализ данных и составляется ежемесячная, ежеквартальная, полугодовая и годовая сводка об объемах и

результатах качества медицинской помощи.

**На 4 уровне контроль осуществляется территориальными органами управления здравоохранением городов (районов).**

Источником информации для 4 уровня контроля являются результаты аналитической оценки качества оказания медицинской помощи и экспертной оценки 3 предыдущих уровней контроля.

Основными задачами контроля КМП на 4 уровне являются:

- анализ деятельности медицинских учреждений городов (районов);
- совершенствование и внедрение медицинских технологий;
- выявление нарушений и дефектов медицинской технологии, разработка и реализация корректирующих мероприятий по устранению дефектов оказания медицинской помощи;
- оценка деятельности учреждений;
- принятие управленческих решений (на основе обратной связи) и оценка их результативности и эффективности.

Таким образом, 4-й уровень является уровнем принятия решений на уровне муниципальном уровне. По результатам контроля 4-го уровня выносятся управленческие решения по улучшению КМП и применению индивидуальных санкций (при необходимости).

**На 5 уровне контроль осуществляется органом управления здравоохранением субъекта РФ.**

Источником информации являются материалы предыдущих уровней контроля, результаты инспекционных проверок качества в медицинских учреждениях, данные социологических исследований, заявления и жалобы граждан.

Главным внештатным специалистом-экспертом по клинико-экспертной службе (или КМП) и специалистами отдела по КМП органа управления здравоохранением субъекта РФ осуществляется оказание организационно-методической поддержки по организации контроля КМП в подведомственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Далее рассмотрим, как Росздравнадзор проверяет организацию ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В соответствии с действующим законодательством Росздравнадзор осуществляет государственный контроль организации и осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Приказом Минздрава России от 23.01.2015 №13н утвержден соответствующий Административный регламент. Документ устанавливает сроки и последовательность административных процедур (действий), порядок взаимодействия между структурными подразделениями Росздравнадзора и его территориальных органов при исполнении этой государственной функции.

Предметом государственного контроля является проведение проверок

организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

**Права должностных лиц Росздравнадзора** (территориальных органов) при осуществлении государственного контроля:

1) запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решения по вопросам, отнесенным к компетенции Росздравнадзора (территориального органа);

2) беспрепятственно получать доступ:

а) на территорию проверяемых федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ (далее - органы ведомственного контроля) и при необходимости оценки эффективности проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности на территорию подведомственных им органов и организаций, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность;

б) на территорию проверяемых федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющих медицинскую деятельность организаций и индивидуальных предпринимателей (далее - органы внутреннего контроля) либо в используемые ими при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности здания, строения, сооружения и помещения, а также к используемым ими оборудованию, подобным объектам и транспортным средствам;

3) осуществлять с оформлением соответствующих протоколов отбор проб и образцов материалов и организовывать проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи;

4) снимать копии с документов, необходимых для проведения государственного контроля, в установленном законодательством РФ порядке, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

5) применять предусмотренные законодательством РФ меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушения обязательных требований в соответствии с установленными полномочиями Росздравнадзора (территориального органа);

6) давать представителям органов ведомственного контроля и органов

внутреннего контроля (далее - юридические лица) разъяснения по вопросам, отнесенным к компетенции Росздравнадзора (территориального органа).

**Обязанности должностных лиц Росздравнадзора** (территориальных органов) при осуществлении государственного контроля:

1) своевременно и в полной мере исполнять предоставленные в соответствии с законодательством РФ полномочия по предупреждению, выявлению и пресечению нарушений обязательных требований в сфере охраны здоровья граждан;

2) соблюдать законодательство РФ, права и законные интересы юридического лица;

3) проводить проверку на основании приказа руководителя (заместителя руководителя) Росздравнадзора (территориального органа) о ее проведении в соответствии с ее назначением;

4) проводить проверку только во время исполнения служебных обязанностей, выездную проверку только при предъявлении служебных удостоверений, копии приказа руководителя (заместителя руководителя) о проведении проверки, а в случае причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан, копии документа о согласовании проведения проверки;

5) не препятствовать руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю юридического лица присутствовать при проведении проверки и давать разъяснения по вопросам, относящимся к предмету проверки;

6) предоставлять руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю юридического лица, присутствующим при проведении проверки, информацию и документы, относящиеся к предмету проверки;

7) знакомить руководителя, иное должностное лицо или уполномоченного представителя юридического лица с результатами проверки;

8) учитывать при определении мер, принимаемых по фактам выявленных нарушений обязательных требований, соответствие указанных мер тяжести нарушений, их потенциальной опасности для жизни, здоровья людей, а также не допускать необоснованное ограничение прав и законных интересов граждан, юридических лиц;

9) доказывать обоснованность своих действий при их обжаловании юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями в порядке, установленном законодательством РФ;

10) соблюдать установленные законодательством РФ сроки проведения плановых и внеплановых проверок;

11) не требовать от юридического лица документы и иные сведения, представление которых не предусмотрено законодательством РФ;

12) перед началом проведения выездной проверки по просьбе руководителя, иного должностного лица или уполномоченного

представителя юридического лица ознакомить их с положениями Административного регламента;

13) осуществлять запись о проведенной проверке в журнале учета проверок. Типовая форма журнала учета проверок утверждена приказом Министерства экономического развития РФ от 30.04.2009 №141.

***Права и обязанности лиц, в отношении которых осуществляются мероприятия по контролю***

Руководитель, иное должностное лицо или уполномоченный представитель юридического лица при проведении проверки имеют право:

1) непосредственно присутствовать при проведении проверки, давать объяснения по вопросам, относящимся к предмету проверки;

2) получать от Росздравнадзора (территориального органа), их должностных лиц информацию, которая относится к предмету проверки, предоставление которой предусмотрено пунктом 2 статьи 21 Федерального закона от 26.12.2008 N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля";

3) знакомиться с результатами проверки и указывать в акте проверки о своем ознакомлении с результатами проверки, согласии или несогласии с ними, а также с отдельными действиями должностных лиц Росздравнадзора (территориального органа);

4) на возмещение вреда, причиненного при осуществлении государственного контроля;

5) обжаловать действия (бездействие) должностных лиц Росздравнадзора (территориального органа), повлекшие за собой нарушение прав проверяемого юридического лица при проведении проверки, в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством РФ;

6) привлекать Уполномоченного при Президенте РФ по защите прав предпринимателей либо уполномоченного по защите прав предпринимателей в субъекте РФ к участию в проверке;

7) вести журнал учета проверок.

***Обязанности юридических лиц при проведении проверки:***

1) предоставлять должностным лицам Росздравнадзора (территориального органа), проводящим выездную проверку, возможность ознакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом выездной проверки;

2) в течение десяти рабочих дней со дня получения мотивированного запроса направить в Росздравнадзор (территориальный орган) указанные в запросе документы (при проведении документарной проверки);

3) обеспечить доступ проводящих выездную проверку должностных лиц и участвующих в выездной проверке экспертов, представителей экспертных организаций на территорию, в используемые юридическим лицом при осуществлении деятельности здания, строения, сооружения,

помещения, к используемому оборудованию, подобным объектам, транспортным средствам;

4) обеспечить присутствие руководителей, иных должностных лиц или уполномоченных представителей юридических лиц, ответственных за организацию и проведение мероприятий по выполнению обязательных требований.

***Результаты исполнения государственной функции:***

1) вручение (направление) акта проверки руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю по итогам проведения проверки организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

2) выдача предписания об устранении нарушений руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю по итогам проведения проверки организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) направление в установленном порядке информации в органы прокуратуры о нарушениях обязательных требований, содержащих признаки преступлений, в соответствии с законодательством РФ.

***Срок проведения проверки***

Срок проведения проверки не может превышать двадцать рабочих дней. В исключительных случаях, связанных с необходимостью проведения сложных и (или) длительных исследований, испытаний, специальных экспертиз и расследований на основании мотивированных предложений должностных лиц Росздравнадзора (территориальных органов), проводящих выездную плановую проверку, срок проведения выездной плановой проверки может быть продлен руководителем (заместителем руководителя) Росздравнадзора (территориального органа), но не более чем на двадцать рабочих дней, в отношении малых предприятий не более чем на пятьдесят часов, микропредприятий не более чем на пятнадцать часов.

В отношении одного проверяемого лица, являющегося субъектом

малого предпринимательства, общий срок проведения плановой выездной проверки не может превышать пятьдесят часов для малого предприятия и пятнадцать часов для микропредприятия в год.

Срок проведения каждой из проверок, предусмотренных Административным регламентом, в отношении проверяемого лица, которое осуществляет свою деятельность на территориях нескольких субъектов РФ, устанавливается отдельно по каждому филиалу, представительству, обособленному структурному подразделению проверяемого лица, при этом общий срок проведения проверки не может превышать шестьдесят рабочих дней.

Срок вынесения предписания об устранении нарушений законодательства РФ - в день подписания акта проверки.

Перечень административных процедур

При исполнении государственной функции осуществляются следующие административные процедуры:

- 1) планирование проведения мероприятий по контролю;
- 2) принятие решений о проведении мероприятий по контролю;
- 3) проведение мероприятий по контролю;
- 4) оформление результатов проверки;
- 5) меры, принимаемые по результатам мероприятий по контролю.

Планирование проведения мероприятий по контролю

Государственная функция осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 26.12.2008 N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля".

Основанием для проведения плановой проверки является ежегодный план проведения плановых проверок.

Основанием для включения плановой проверки в ежегодный план проведения плановых проверок является *истечение трех лет* со дня:

- 1) государственной регистрации проверяемого лица;
- 2) окончания проведения последней плановой проверки проверяемого лица.

В срок до 1 сентября года, предшествующего году проведения плановых проверок, Росздравнадзор (территориальный орган) направляет проект ежегодных планов проведения плановых проверок в органы прокуратуры.

Росздравнадзор (территориальные органы) рассматривают предложения органов прокуратуры о проведении совместных плановых проверок и по итогам их рассмотрения направляют в органы прокуратуры в срок до 1 ноября года, предшествующего году проведения плановых проверок, утвержденные ежегодные планы проведения плановых проверок.

Территориальный орган в срок до 1 ноября года, предшествующего



году проведения плановых проверок, представляет в Росздравнадзор утвержденные ежегодные планы проведения плановых проверок.

Росздравнадзор до 31 декабря года, предшествующего году проведения плановых проверок, составляет ежегодный план проведения плановых проверок, включающий сведения утвержденных ежегодных планов проведения плановых проверок, представленными территориальными органами.

Утвержденный руководителем Росздравнадзора ежегодный план проверок доводится до сведения заинтересованных лиц посредством его размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на официальном сайте Росздравнадзора и официальных сайтах территориальных органов, за исключением информации, свободное распространение которой запрещено или ограничено в соответствии с законодательством РФ.

Плановые проверки проводятся не чаще чем один раз в три года.

В отношении видов деятельности, перечень которых установлен постановлением Правительства РФ от 23.11.2009 N 944 "Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью", плановые проверки могут проводиться два и более раза в три года.

***Основания для проведения внеплановой проверки:***

1) истечение срока исполнения руководителем, иным должностным лицом или уполномоченным представителем предписания об устранении выявленного нарушения обязательных требований по итогам проведения проверки организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

2) поступление в Росздравнадзор (территориальный орган) обращений и заявлений граждан, организаций, индивидуальных предпринимателей, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, из средств массовой информации о фактах возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан; причинения вреда жизни, здоровью граждан;

3) приказ руководителя Росздравнадзора (территориального органа), изданный в соответствии с поручениями Президента РФ, Правительства РФ и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в

рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям.

### ***Принятие решений о проведении мероприятий по контролю***

При наступлении срока проведения проверки, предусмотренного ежегодным планом, ответственное должностное лицо Росздравнадзора (территориального органа) готовит проект приказа о проведении плановой документарной и (или) выездной проверки и направляет на подпись руководителю Росздравнадзора (территориального органа).

По истечении срока исполнения юридическим лицом ранее выданного предписания об устранении выявленных нарушений должностное лицо Росздравнадзора (территориального органа) в порядке, установленном Административным регламентом, готовит проект приказа о проведении внеплановой документарной и (или) выездной проверки и направляет его на подпись руководителю Росздравнадзора (территориального органа).

Внеплановая выездная проверка юридических лиц по основаниям, указанным в подпункте 2 пункта 25 Административного регламента, может быть проведена после согласования с органом прокуратуры по месту осуществления деятельности таких юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Основанием для начала проверки является приказ руководителя (заместителя руководителя) Росздравнадзора (территориального органа) о проведении плановой и (или) внеплановой документарной или выездной проверки.

В приказе руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (территориального органа) указываются:

- 1) наименование органа государственного контроля (надзора);
- 2) фамилии, имена, отчества, должности должностного лица или должностных лиц, уполномоченных на проведение проверки, а также привлекаемых к проведению проверки экспертов, представителей экспертных организаций;
- 3) сведения о проверяемом юридическом лице (наименование, местонахождение);
- 4) цели, задачи, предмет проверки и срок ее проведения;
- 5) правовые основания проведения проверки, в том числе подлежащие проверке установленные требования;
- 6) сроки проведения и перечень мероприятий по контролю, необходимых для достижения целей и задач проведения проверки;
- 7) перечень административных регламентов проведения мероприятий по контролю;
- 8) перечень документов проверяемого юридического лица, представление которых необходимо для достижения целей и задач проведения проверки;
- 9) даты начала и окончания проведения проверки.

### ***Проведение мероприятий по контролю***

Предметом выездной проверки являются содержащиеся в документах юридического лица сведения, выполняемые работы, предоставляемые услуги и принимаемые им меры по исполнению обязательных требований.

Выездная проверка, как плановая, так и внеплановая, проводится по месту нахождения юридического лица и (или) по месту фактического осуществления им деятельности.

Проведение проверки вправе осуществлять только те должностные лица Росздравнадзора (территориального органа), которые указаны в приказе о проведении проверки.

Ответственное должностное лицо Росздравнадзора (территориального органа) направляет копию приказа о проведении выездной проверки проверяемому юридическому лицу.

Копия указанного приказа направляется проверяемому юридическому лицу:

1) при проведении внеплановой выездной проверки, за исключением внеплановой выездной проверки, основания проведения которой предусмотрены пунктом 2 части 2 статьи 10 Федерального закона от 26.12.2008 N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля", не менее чем за двадцать четыре часа до начала ее проведения любым доступным способом;

2) при проведении плановой проверки - не позднее чем за 3 рабочих дня до начала проведения проверки любым доступным способом.

В случае если в результате деятельности юридического лица причинен или причиняется вред жизни, здоровью граждан, предварительное уведомление юридического лица о начале проведения внеплановой выездной проверки не требуется.

В случае проведения плановой проверки членов саморегулируемой организации Росздравнадзор (территориальный орган) обязан уведомить саморегулируемую организацию в целях обеспечения возможности участия или присутствия ее представителя при проведении плановой проверки.

Внеплановая проверка проводится в форме документарной проверки и (или) выездной проверки в порядке, предусмотренном Административным регламентом.

При проведении проверок организации и осуществления федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, осуществления федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе рассмотрение:

актов федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ, регулирующих правила осуществления ими ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций, в соответствии с порядком организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, установленным приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 N 1340н "Об утверждении Положения о ведомственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности";

порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного руководителями федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющих медицинскую деятельность организаций и индивидуальными предпринимателями;

б) оценка:

соблюдения установленного порядка проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

соблюдения порядка оформления результатов ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

обоснованности мер, принимаемых по результатам проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

в) анализ эффективности проводимого ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

При проведении проверки органов, организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, осуществляющих внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, проводятся следующие мероприятия:

1) рассмотрение:

а) документов и материалов, характеризующих организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного руководителем органа, организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

б) документов и материалов, характеризующих деятельность врачебной комиссии медицинской организации: приказа руководителя медицинской организации о создании врачебной комиссии, положения о врачебной комиссии и план-графика, утвержденных руководителем медицинской организации, протоколов врачебной комиссии, журналов врачебной

комиссии (в том числе журналов учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения) и др.;

в) журналов личного приема руководителя, заместителя руководителя органа, организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

г) жалоб граждан, связанных с оказанием медицинской помощи;

2) оценка:

а) соблюдения установленного порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

б) соблюдения порядка оформления результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

в) обоснованности мер, принимаемых по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

г) соблюдения Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 N 502н;

д) полноты и своевременности рассмотрения поступающих в орган, организацию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения жалоб граждан, связанных с оказанием медицинской помощи.

В процессе проведения документарной проверки должностными лицами Росздравнадзора (территориального органа) рассматриваются документы юридического лица, имеющиеся в распоряжении Росздравнадзора (территориального органа), в том числе акты предыдущих проверок, предписания об устранении выявленных нарушений, материалы рассмотрения дел об административных правонарушениях.

В случае если достоверность сведений, содержащихся в документах, имеющихся в распоряжении Росздравнадзора (территориального органа), вызывает обоснованные сомнения либо эти сведения не позволяют оценить исполнение юридическим лицом обязательных требований, Росздравнадзором (территориальным органом) направляется в адрес такого юридического лица мотивированный запрос с требованием представить иные необходимые для рассмотрения в ходе проведения документарной проверки документы. К запросу прилагается заверенная печатью копия приказа руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (территориального органа) о проведении документарной проверки.

Указанные в запросе документы представляются в Росздравнадзор (территориальный орган) в установленный подпунктом 2 пункта 9 Административного регламента срок в виде копий, заверенных печатью и подписью руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица. (Не допускается требовать нотариального удостоверения копий документов, представляемых в Росздравнадзор (территориальный орган), если иное не предусмотрено законодательством РФ).

В случае если в ходе документарной проверки выявлены ошибки и (или) противоречия в документах, представленных юридическим лицом, либо несоответствие сведений, содержащихся в этих документах, сведениям, содержащимся в имеющихся у Росздравнадзора (территориального органа) документах и (или) полученным в ходе осуществления государственного контроля, информация об этом направляется юридическому лицу с требованием представить в течение 10 рабочих дней необходимые пояснения в письменной форме.

Юридическое лицо, представляющее в Росздравнадзор (территориальный орган) пояснения относительно выявленных ошибок и (или) противоречий в представленных документах либо относительно несоответствия содержащихся в документах сведений, вправе представить дополнительно в Росздравнадзор (территориальный орган) документы, подтверждающие достоверность ранее представленных документов.

Должностное лицо, которое проводит документарную проверку, обязано рассмотреть представленные руководителем, иным должностным лицом или уполномоченным представителем юридического лица пояснения и документы, подтверждающие достоверность ранее представленных документов. В случае если после рассмотрения представленных пояснений и документов либо при отсутствии пояснений Росздравнадзор (территориальный орган) установит признаки нарушения обязательных требований, должностные лица Росздравнадзора (территориального органа) вправе провести выездную проверку.

Выездная проверка проводится в случае, если при документарной проверке не представляется возможным без проведения соответствующего мероприятия по контролю:

1) удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в документах юридического лица, имеющихся в распоряжении Росздравнадзора (территориального органа);

2) оценить соответствие деятельности юридического лица обязательным требованиям без проведения соответствующего мероприятия по контролю.

При наступлении оснований, указанных в подпункте 2 пункта 25 Административного регламента, должностное лицо Росздравнадзора (территориального органа) в течение одного дня готовит проект приказа о проведении внеплановой выездной проверки, а также заявления о согласовании проведения внеплановой выездной проверки, которые подписываются руководителем, заместителем руководителя Росздравнадзора (территориального органа).

В день подписания приказа о проведении внеплановой выездной проверки в целях согласования ее проведения должностное лицо Росздравнадзора (территориального органа) представляет либо направляет заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или в форме электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью, в

орган прокуратуры по месту осуществления деятельности юридического лица заявление о согласовании проведения внеплановой выездной проверки. К заявлению прилагаются копия приказа руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (территориального органа) о проведении внеплановой выездной проверки и документы, которые содержат сведения, послужившие основанием ее проведения.

Если основанием для проведения внеплановой выездной проверки является причинение вреда жизни, здоровью граждан, обнаружение нарушений обязательных требований в момент совершения таких нарушений в связи с необходимостью принятия неотложных мер, Росздравнадзор (территориальный орган) вправе приступить к проведению внеплановой выездной проверки незамедлительно с извещением органов прокуратуры о проведении мероприятий по контролю посредством направления документов, предусмотренных частями 6 и 7 статьи 9 Федерального закона от 26.12.2008 N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля", в органы прокуратуры в течение двадцати четырех часов.

В случае если в результате деятельности юридического лица причинен или причиняется вред жизни, здоровью граждан, предварительное уведомление руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю федерального органа исполнительной власти, органа исполнительной власти субъектов РФ и органа местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющей медицинскую деятельность организации и индивидуального предпринимателя о начале проведения внеплановой выездной проверки не требуется.

Выездная проверка начинается с предъявления служебного удостоверения должностными лицами Росздравнадзора (территориального органа), обязательного ознакомления руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица с приказом руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (территориального органа) о назначении выездной проверки и с полномочиями проводящих выездную проверку лиц, а также с целями, задачами, основаниями проведения выездной проверки, видами и объемом мероприятий по контролю, составом экспертов, представителями экспертных организаций, привлекаемых к выездной проверке, со сроками и с условиями ее проведения.

Росздравнадзором (территориальным органом) привлекаются к проведению выездной проверки аттестованные в установленном законодательством РФ порядке эксперты, аккредитованные в установленном законодательством РФ порядке экспертные организации, не состоящие в гражданско-правовых и трудовых отношениях с юридическим лицом, в отношении которого проводится проверка, и не являющиеся аффилированными лицами проверяемого юридического лица.

### ***Оформление результатов проверки***

По результатам проверки должностными лицами Росздравнадзора (территориального органа), проводящими проверку, составляется акт проверки. Типовая форма журнала учета проверок утверждена приказом Министерства экономического развития РФ от 30.04.2009 N 141. В акте проверки указываются:

- 1) дата, время и место составления акта проверки;
- 2) наименование органа государственного контроля (надзора) (Росздравнадзор или территориальный орган);
- 3) дата и номер приказа руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (территориального органа);
- 4) фамилии, имена, отчества и должности должностного лица или должностных лиц, проводивших проверку;
- 5) сведения о проверяемом юридическом лице (наименование юридического лица), а также фамилия, имя, отчество и должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавшего при проведении проверки;
- 6) дата, время, продолжительность и место проведения проверки;
- 7) сведения о результатах проверки, в том числе о выявленных нарушениях обязательных требований, об их характере и о лицах, допустивших указанные нарушения;
- 8) сведения об ознакомлении или отказе в ознакомлении с актом проверки руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавшего при проведении проверки, о наличии их подписей или об отказе от совершения подписи, а также сведения о внесении в журнал учета проверок записи о проведенной проверке либо о невозможности внесения такой записи в связи с отсутствием у юридического лица указанного журнала;
- 9) подписи должностного лица или должностных лиц, проводивших проверку.

Акт проверки оформляется непосредственно после ее завершения в двух экземплярах, один из которых с копиями приложений вручается руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю юридического лица под расписку об ознакомлении либо об отказе в ознакомлении с актом проверки.

В случае отсутствия руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, а также в случае отказа проверяемого лица дать расписку об ознакомлении либо об отказе в ознакомлении с актом проверки акт направляется заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении, которое приобщается к экземпляру акта проверки, хранящемуся в деле Росздравнадзора (территориального органа).

К акту проверки прилагаются протоколы или заключения проведенных



исследований и экспертиз, объяснения работников юридического лица, на которых возлагается ответственность за нарушение обязательных требований, предписания об устранении выявленных нарушений и иные связанные с результатами проверки документы или их копии.

В случае если для составления акта проверки необходимо получить заключения по результатам проведенных исследований, специальных расследований, экспертиз, акт проверки составляется в срок, не превышающий трех рабочих дней после завершения мероприятий по контролю, и вручается лицом, уполномоченным на проведение проверки, руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю юридического лица под расписку либо направляется заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении, которое приобщается к экземпляру акта проверки, хранящемуся в деле Росздравнадзора (территориального органа).

В случае если для проведения внеплановой выездной проверки требуется согласование ее проведения с органом прокуратуры, копия акта проверки направляется в орган прокуратуры, которым принято решение о согласовании проведения проверки, в течение пяти рабочих дней со дня составления акта проверки.

#### ***Меры, принимаемые по результатам мероприятий по контролю***

В случае выявления при проведении мероприятий по контролю нарушений обязательных требований должностные лица Росздравнадзора (территориального органа), проводившие проверку, в пределах полномочий, предусмотренных законодательством РФ, обязаны:

1) выдать юридическому лицу предписание об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

2) принять меры по контролю за устранением выявленных нарушений (в том числе путем проведения внеплановых проверок), их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к ответственности;

3) в случае наличия признаков административного правонарушения, предусмотренных Кодексом РФ об административных правонарушениях, составить протокол об административном правонарушении.

В случае если при проведении мероприятий по контролю установлено, что деятельность юридического лица представляет непосредственную угрозу причинения вреда жизни, здоровью граждан или такой вред причинен, Росздравнадзор (территориальный орган) в рамках компетенции обязан незамедлительно принять меры по недопущению причинения вреда или прекращению его причинения и довести до сведения граждан, а также юридических лиц любым доступным способом информацию о наличии угрозы причинения вреда и способах его предотвращения.

В случае выявления нарушения обязательных требований, содержащего признаки преступлений, в соответствии с законодательством

РФ Росздравнадзор (территориальный орган) обязан направить материалы проверки в органы прокуратуры, правоохранительные органы.

Росздравнадзор (территориальный орган) размещает на своем официальном сайте в Интернете результаты плановых и внеплановых проверок, проведенных Росздравнадзором (территориальным органом) в рамках государственной функции, а также результаты проверок, проведенных в Росздравнадзоре (территориальных органах) и подведомственных организациях.

**Программа управления качеством в здравоохранении** предусматривает создание системы управления, основанной на следующих принципах:

1. Ориентация на конечные результаты.
2. Доказательная медицина.
3. Системное научное обоснование.
4. Современные образовательные технологии.
5. Учет мнения пациентов.

КМП как таковое не является единственным объектом изучения и управления для специалистов по качеству в здравоохранении. Сегодня их внимание привлекают все функции и связующие процессы управления и практически все (при выделении приоритетных) аспекты лечебно-диагностического процесса (информационное, материально-техническое и лекарственное обеспечение, профессиональная подготовка и мотивация персонала, системный и процессный подходы к планированию, организации и контролю медицинской деятельности и т.д.).

Все аспекты и процессы оказания медицинской помощи нужно рассматривать во взаимосвязи как единую систему. Даже достаточное финансирование, хорошее материально-техническое и лекарственное обеспечение, высококвалифицированные кадры без использования системного и процессного подхода в управлении не смогут решить проблему низкого КМП. Не случайно в ГОСТ ISO 9000-2011 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь" записано, что выявление, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системы содействуют повышению результативности и эффективности организации при достижении ее целей. Проблема низкого КМП заключается, прежде всего, в неэффективном управлении. Недаром специалисты в области менеджмента качества считают, что за 85-95% проблем качества отвечает система менеджмента, и только за остальные 5-15% – непосредственные исполнители.

## **Тема 14. МЕТОДИКИ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

В широком смысле качество медицинской помощи включает в себя суммарный объем оценок – от качества диагностики, консультирования и лечения до качества обслуживания пациентов на паритетной основе. Это же относится и к качеству лабораторных анализов, диагностических исследований, постановки диагнозов, методов лечения и т.д., определяемому в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и документами.

В основу подобной системы оценок заложены показатели:

- процессов, количественно характеризующих деятельность медицинских коллективов по лечению пациентов;
- реакции пациентов на получаемую помощь;
- конечных клинических результатов (осложнения, заболеваемость, инвалидность, смертность).

Деятельность учреждения здравоохранения в условиях ОМС анализируется по следующему комплексу показателей:

1. Учреждения здравоохранения, участвующие в реализации Территориальной программы госгарантий (на конец отчетного года);
2. Численность застрахованных прикрепленных к учреждениям здравоохранения;
3. Формирование и выполнение учреждением здравоохранения территориальной программы госгарантий:
  - 3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь;
  - 3.2. Стационарная помощь;
  - 3.3. Замещающие стационар виды помощи;
4. Расходы финансовых средств учреждений из фонда ОМС (тыс. руб.) по статьям.

### **АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ**

Большую часть объемов первичной медико-санитарной помощи населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения и подразделения больничных учреждений и диспансеров, что делает крайне важным возможность оценки деятельности учреждений с целью совершенствования их работы.

Анализ деятельности поликлиники на основании данных учетной и отчетной статистической документации включает:

#### **1. Общие данные о работе поликлиники**

1.1. Характеристика территории обслуживания: численность и состав населения, число участков, численность населения на каждом терапевтическом и педиатрическом участках.

1.2. Плановая мощность амбулаторно-поликлинического учреждения.

Сведения о плановой мощности амбулаторно-поликлинических учреждений содержатся в таблице 1010 отчетной формы №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Плановая мощность учреждений здравоохранения служит основанием для определения показателя обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями (на 10 тысяч человек обслуживаемого населения). По данному показателю путем сравнения его со средне областными цифрами и показателем по РФ судят о достаточности площадей в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Обеспеченность амбулаторно  
поликлинической помощью = 
$$\frac{\text{Плановое число посещений в смену} * 10000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$
  
на 10000 населения

Динамика числа  
посещений поликлиники = 
$$\frac{\text{Число посещений врачей поликлиники в данном году} * 100}{\text{Число посещений врачей поликлиники за предыдущий год}}$$
  
(в %)

1.3. Характеристика медицинских кадров. Анализируется численность и кадровый состав учреждения.

1.4. Наличие стационара дневного пребывания при амбулаторно-поликлиническом учреждении и на дому, количество мест.

Сведения содержатся в отчетной форме №14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения».

1.5. Анализ выполнения объемов амбулаторно-поликлинической помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Сведения содержатся в отчетной форме №62 «Сведения о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

**Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи** выражается в количестве посещений на 10000 населения и рассчитывается как произведение уровня заболеваемости на коэффициент повторных посещений плюс сумма числа диспансерных посещений и числа профилактических посещений

«Посещение» – статистическая единица учета, соответствующая одному посещению здоровым (больным) врача (среднего медицинского работника) или одному посещению врачом (средним медицинским работником) здорового (больного) на дому в зависимости от цели обращения.

Каждое обращение здорового пациента по поводу конкретных

факторов, влияющих на состояние его здоровья, сопровождается первичным посещением. Если эпизод этого контакта пациента с врачом (средним медицинским работником) заканчивается, таким образом, то число посещений будет соответствовать числу обращений. Однако редко врачу удастся разрешить проблему пациента в одно посещение. Следовательно, число посещений всегда будет превышать число обращений.

## **2. Организация работы поликлиники**

Организацию работы поликлиники оценивают по объему ее работы, числе и структуре посещения и динамики их числа в целом и по специальностям.

## **3. Проведение профилактической работы в поликлинике и ее результаты.**

Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является **полнота охвата населения профилактическими осмотрами**. Данный показатель вычисляется по отдельным группам населения, подлежащим осмотру. Размер показателя должен стремиться к 100%.

**Диспансеризация** населения является одним из важнейших методов профилактической работы поликлиники. Большое место в этой работе занимает диспансеризация больных с ранними стадиями заболеваний, нуждающихся в оздоровлении.

Данные отчетов и специальная разработка «Диспансерных карт» – форма №030/у-04 дают возможность получить ряд показателей, характеризующих проведение и результаты этой работы.

Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

- 1) показатели частоты (охвата) диспансерным наблюдением;
- 2) показатели качества диспансерного наблюдения;
- 3) показатели эффективности диспансерного наблюдения.

К показателям качества диспансерного наблюдения относятся:

- Охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам;
- Полнота охвата диспансерным наблюдением больных;
- Соблюдение сроков диспансерных осмотров (плановость наблюдения);
- Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (экспертная оценка).

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов.

## **4. Качество врачебной диагностики**

Качество врачебной диагностики оценивают по ряду показателей:

- Частота совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- Частота совпадения диагнозов поликлиники и стационара;
- Удельный вес неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ10 с четвертым знаком – .9)
- Экспертная оценка полноты выполнения необходимых диагностических исследований.

Эти показатели дают возможность организатору здравоохранения решать вопросы повышения квалификации врачей, планирования конференций и т.д. Следует помнить, что качество врачебной диагностики зависит не только от квалификации врачей, но и от уровня медицинских знаний, организации медицинской помощи, обеспечения современной диагностической аппаратурой и других причин.

### **5. Преемственность работы в поликлинике**

Преемственность работы поликлиники оценивают по передаче «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма №025/у) из поликлиники в стационар, полноте и сроках проведенного обследования. Обратной связью является передача выписок из «Медицинских карт стационарного больного» в поликлинику.

Скорая помощь, для обеспечения преемственности в работе с поликлиникой должна передавать в поликлинику по месту регистрации пациента, сведения о больных, которым была оказана скорая медицинская помощь, а также сведения о хронических больных, которые обращались на скорую помощь, но не нуждались в оказании скорой медицинской помощи и могли быть обслужены поликлиникой.

### **АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ) И НА ДОМУ**

Сведения о работе дневных стационаров берутся из учетных форм №007дс/у02 и № 066/у02 и отраслевой отчетной формы №14дс.

Анализ работы дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (отделений) и на дому предусматривает оценку в динамике следующих основных показателей:

- числа мест в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений (отделений) и на дому,
- числа пролеченных в них больных,
- числа проведенных больными пациенто-дней,
- средней длительности лечения больного,
- летальности.

Важна экспертная оценка правильности отбора пациентов для лечения в дневном стационаре и исходы лечения.

## АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА

В практическом осуществлении задачи полного удовлетворения потребности населения в высококвалифицированной медицинской помощи значительная роль принадлежит стационарам. Анализ сложной, многогранной работы стационара не может быть осуществлен только на основании годового статистического отчета. Большое значение имеет экспертный анализ первичной медицинской документации стационара.

Анализ статистических данных о работе стационара включает следующие разделы:

### 1. Общая характеристика стационара.

Включает описание здания, в котором расположен стационар, отделений, диагностической и вспомогательной служб, систему работы стационара, систему дежурств, характеристику кадров, порядок госпитализации в стационар, потоки госпитализированных больных.

1.1. Абсолютное число круглосуточных коек на конец года.

1.2. Среднегодовое число круглосуточных коек. Используется для расчета показателей работы стационара.

1.3. Обеспеченность населения больничными койками. Данный показатель дает наиболее общую характеристику удовлетворения населения стационарной помощью, может рассчитываться как на 1 тыс., так и на 10 тыс. населения. Рассчитать можно двумя способами:

а) Среднегодовое число коек (по отделению и по больнице в целом)  $\times$  1000 : Среднегодовая численность обслуживаемого населения

б) Показатель обеспеченности койками можно рассчитать и по всем профилям коек.

Обеспеченность койками =  $\frac{\text{Число коек, развернутых на конец года} * 10000}{\text{Численность населения на конец года}}$   
(на 10000 населения)

В результате внедрения стационарозамещающих технологий (дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, стационары дневного пребывания на базе больничных учреждений, стационары на дому) показатель обеспеченности населения больничными койками за период 1995–2006 гг. снизился с 118,2 до 96,4 на 10 тыс. населения, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая качества медицинской помощи.

1.4. Одним из показателей доступности стационарной помощи является уровень госпитализации на 1000 жителей. Уровень госпитализации зависит от мощности стационара, организации и качества работы поликлиники и стационара, преемственности между этими учреждениями, а также уровня культуры и санитарной грамотности обслуживаемого населения.

Поступило больных в стационар за год  $\times 1000$  : Среднегодовая численность обслуживаемого населения

Этот показатель рассчитывается не только по больничному учреждению в целом, но и по профилям коек, а также по всем классам и нозологическим формам отдельно для детей, подростков и взрослых. Может рассчитываться в процентах (на 100 жителей), в этом случае применяется термин «процент отбора на койку».

Уровень госпитализации больных (на 100 зарегистрированных больных соответствующего профиля):

Число больных соответствующего профиля, пролеченных в стационаре за год (по каждому отделению)  $\times 100$  : Число зарегистрированных больных соответствующего профиля

Уровень госпитализации больных (процент отбора на койку) позволяет проанализировать интенсивность отбора на госпитализацию больных по разным группам заболеваний в каждом больничном учреждении.

1.5. Основные показатели реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной стационарной помощи, а именно:

- территориальный норматив стационарной помощи (койко-дней на 1000 населения);
- выполнение объема стационарной помощи (фактическое число койко-дней на 1000 населения);
- выполнение норматива стационарной помощи (%).

## **2. Основные показатели использования коечного фонда стационара.**

К ним относятся показатели, характеризующие использование коечного фонда: среднее число дней занятости (работы) койки в году, средняя длительность пребывания на койке, больничная летальность, оборот койки.

Эти показатели рассчитываются в целом по стационару, по отделениям, по профилям коек. (Подробно рассматривались в теме 9).

Следует учесть, что при расчете показателей использования коечного фонда не учитываются койки сестринского ухода, геронтологические, хосписные койки и койки для здоровых новорожденных в акушерских стационарах. Вопросы эффективного использования коечного фонда необходимы как в итоговой оценке деятельности стационара, так и в оперативной работе организаторов здравоохранения различных уровней.

Показатели, характеризующие использование коечного фонда, могут быть рассмотрены не только за год, но и за месяц, квартал и т.д.



При дополнительной разработке учетной документации можно получить данные о числе детей на взрослых койках всего и по отделениям, об отказах в госпитализации всего и по причинам.

### **3. Качество медицинского обслуживания в стационаре и качество врачебной диагностики.**

Для оценки качества организации стационарной помощи анализируют:

1. Удельный вес больных, госпитализированных без показаний;
2. Состав госпитализированных больных (по возрасту, полу и т.д.);
3. Среднюю длительность пребывания больного на койке;
4. Применение учреждением здравоохранения стандартов оказания медицинской помощи.
5. Экспертную оценку.

Для оценки качества врачебной диагностики (прижизненной и по смертной) анализируют:

6. Больничную летальность (общую и по нозологическим формам);

$$\text{Летальность (\%)} = \frac{\text{Число умерших всего} * 100}{\text{Число выбывших больных (выписанные + умершие)}}$$

$$\text{Летальность больничная} = \frac{\text{Число умерших от отдельных заболеваний} * 100}{\text{Число выбывших больных с данным заболеванием (выписанные + умершие)}}$$

7. Удельный вес неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ10 с четвертым знаком – .9);

8. Показатель расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

### **4. Преемственность в работе поликлиники и стационара.**

В данном разделе оцениваются следующие косвенные показатели:

- сроки ожидания на плановую госпитализацию, частота отказов в госпитализации по причинам.
- Досуточная летальность в стационаре,
- поздняя госпитализация больных с экстренными хирургическими заболеваниями,
- летальность по экстренной хирургии,
- процент расхождения диагнозов поликлиники и стационара.

### **5. Анализ работы дневных стационаров больничных учреждений.**

Дневные стационары больничных учреждений относятся к замещающей стационар помощи и входят в отчетность амбулаторно-поликлинического учреждения, как и другие виды дневных стационаров.

Для проведения анализа используются данные ведомственной отчетной формы №14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения».

Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи, рекомендует учитывать четыре элемента: квалификацию специалиста; оптимальность использования ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Оптимизация использования имеющихся ресурсов в здравоохранении требует ориентации всей системы здравоохранения и каждого её отдельного подразделения на общественную значимость и экономическую эффективность лечения заболеваний, подготовка и принятие управленческих решений должно осуществляться с упором на разработку мероприятий по охране и восстановлению здоровья, выделение средств на их осуществление и оптимизацию выделяемых ресурсов (Рисунок 14.1).

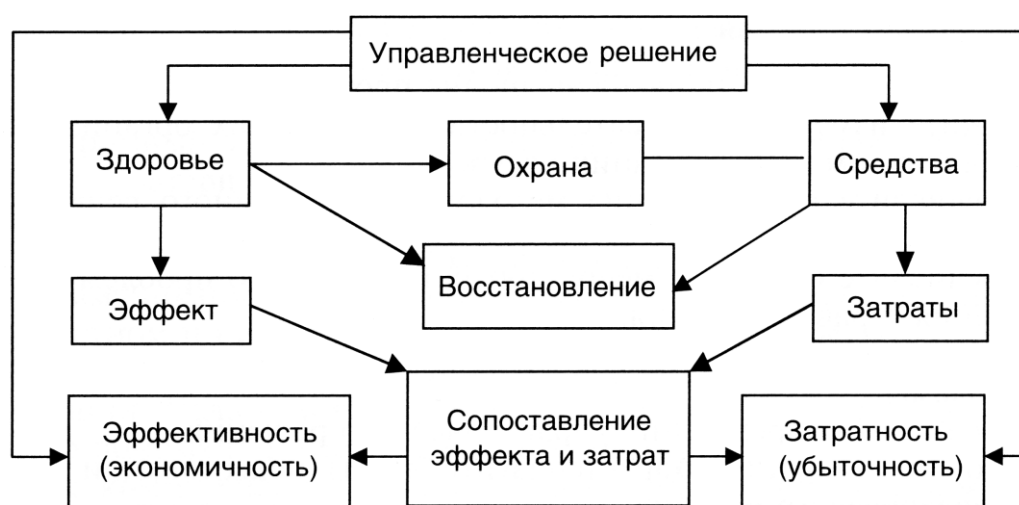


Рисунок 14.1 – Направленность управленческих решений в деятельности по охране здоровья (А.И. Вялков, 2009)

Качество процесса (технологии) включает следующие компоненты:

- Соблюдение стандартов объемов медицинской помощи
- Правильность выбора медицинских технологий и соблюдение их качества
- Качество выполнения работы
- Качество результата
- Качество структуры:
- Уровень организации работы персонала
- Квалификация персонала
- Материально-техническое обеспечение, его соответствие стандарту
- Уровень финансирования
- Уровень лекарственного обеспечения

Стандарт качества медицинской помощи – это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных

представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Сегодня стандартизация позволяет обеспечить: экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве; выбор оптимального решения; защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг; охрану здоровья населения и безопасность труда; создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами.

Медико-экономические стандарты (МЭС) обрели особую важность и значение для системы здравоохранения после введения ОМС и Программы государственных гарантированной. МЭС составляют основу ресурсосберегающего метода оплаты медицинской помощи, их применение сдерживает рост цен за лечение. Основываясь на МЭС страховые компании контролируют качество оказания медицинской помощи. Также используя МЭС при лицензировании и аккредитации, с целью объективного определения возможностей медицинской организации оказывать различные виды медицинской помощи.

Эффективность оказания медицинской помощи неразрывно связана с её качеством. Оценка качества медицинского обслуживания должна строиться на основе совокупности комплексных многопараметрических медико-экономических показателей (рисунок 14.2).

В масштабах целого государства и отдельных субъектов в качестве компонентов интегрального критерия качества медицинской помощи могут выступать следующие частные критерии:

**коэффициент медицинской эффективности** – отношение числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу случаев оказания медицинской помощи;

**коэффициент экономической эффективности** – отношение получаемого обществом совокупного экономического эффекта от деятельности организаций здравоохранения к общим затратам на здравоохранение;

**коэффициент социально-экономической эффективности** – отношение нормативных затрат на один случай медицинской помощи к фактически произведенным затратам и т.п.

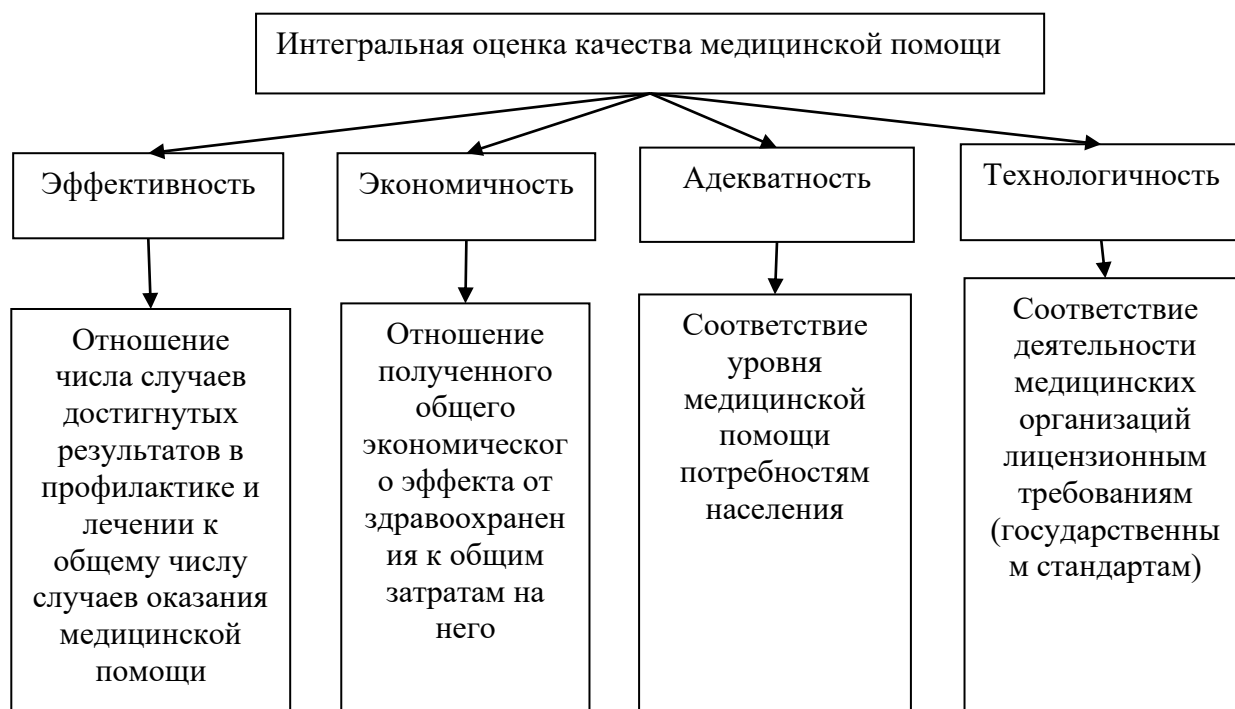


Рисунок 14.2 – Показатели интегральной оценки качества медицинской помощи населению (А.И. Вялков, 2009)

Коллективом авторов Шипачев К.В. Рычагов И.П. Брусина Е.Б. и др. был предложен запатентован Способ интегральной оценки эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений // 2345716. Изобретение относится к области медицины, а также к другим отраслям и сферам деятельности, где осуществляется производство товаров и услуг

Согласно данной методике интегральную оценку эффективности системы качества медицинской помощи (ИОЭУСОК) в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) определяют путем суммирования интегральной оценки качества медицинской помощи (ИОК) и оценки финансирования (ОФ). На основании полученных значений ИОЭУСОК оценивают качество медицинской помощи как неудовлетворительное, удовлетворительное или хорошее.

При интегральной оценке эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи ЛПУ до 50 баллов качество медицинской помощи оценивается как неудовлетворительное, при 51-100 баллов - как удовлетворительное, при 101-145 баллов - как хорошее.

Способ позволяет повысить качество медицинской помощи, оказанной пациентам путем предотвращения возникновения случаев внутрибольничных инфекций, улучшения антиинфекционной защиты медицинских технологий, создания оптимальных условий размещения пациентов в ЛПУ, улучшения защиты медицинского персонала от инфицирования и вредного воздействия факторов больничной среды, улучшения экологической ситуации путем

своевременного сбора, хранения утилизации отходов ЛПУ.

Интегральная оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи, осуществляется на основе субъективной оценки удовлетворенности пациентов и объективной экспертной оценки, а также включает оценку эффективности использования ресурсов.

*Субъективную оценку* удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи проводят на основании выборочного социологического опроса, при этом пациенты заполняют анкеты.

Субъективная оценка удовлетворенности пациентов проводится по критериям:

- доступности медицинской помощи,
- квалификации, профессионализма медицинского персонала,
- материально-технического обеспечения,
- санитарно-противоэпидемического режима,
- организации питания,
- соблюдения этических и деонтологических норм,
- адекватности оказания медицинской помощи,
- достижения результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Приведем пример анкеты пациента.

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Самая низкая балльная оценка соответствует 1 баллу, самая высокая - 5. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить нашу работу.

Заранее благодарим за помощь!

Как Вы оцениваете:

**1- организацию (доступность)** **1 2 3 4 5**

медицинской помощи в учреждении (режим работы поликлиники, работа регистратуры, организация приема врачей);

**2 – профессионализм врачей** **1 2 3 4 5**

(полезность советов врачей по медикаментозному лечению, режиму питания, траволечению; самостоятельное решение вопросов диагностики, лечения или увлечение консультациями других специалистов, заведующего отделением, увлечение широким спектром диагностических исследований;

**3- среднего медперсонала:** **1 2 3 4 5**

(полезность советов, владение техникой манипуляций и процедур);

**4 – состояние материально-технического**

**обеспечения:** **1 2 3 4 5**

(наличие разового инструментария, шприцев, малый или большой диапазон диагностических и лечебных процедур, проводимых в этой поликлинике, частота направления на обследование и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения);

**5 – состояние санитарно-гигиенических**

**условий** **1 2 3 4 5**

(хорошие, плохие);

**6 – состояние лекарственного обеспечения** **1 2 3 4 5**

(всегда ли есть в аптеке лекарства, выписанные врачом);

**7 – вежливость и внимательность врачей** **1 2 3 4 5**

**8 – среднего медперсонала** **1 2 3 4 5**

**9 – адекватность оказания медицинской помощи** **1 2 3 4 5**

(достаточность обследования и лечения)

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Самая низкая балльная оценка соответствует 1 баллу, самая высокая - 5. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить нашу работу.

Заранее благодарим за помощь!

### **1 – порядок организации получения стационарной**

#### **медицинской помощи в учреждении:**

**1 2 3 4 5**

(срок ожидания плановой госпитализации, срок ожидания в приемном отделении, своевременность первичного осмотра лечащего врача, своевременность назначения диагностических и лечебных процедур и т.д.);

### **2 – профессионализм врачей**

**1 2 3 4 5**

(устраивают ли Вас советы врачей, часто ли меняются лечебные процедуры и медикаменты, обоснованность их смены, привлечение к лечебно-диагностическому процессу заведующих отделениями и т.д.);

### **3 – среднего медперсонала**

**1 2 3 4 5**

(техника владения манипуляциями и процедурами, даются ли разъяснения по характеру процедур, советы и т.д.);

### **4 – состояние материально-технического обеспечения**

**1 2 3 4 5**

(наличие и качество постельного белья, столовой посуды, предметов ухода за больным);

### **5 – состояние санитарно-гигиенических условий**

**1 2 3 4 5**

(своевременность и качество уборки помещений, возможность проведения гигиенических процедур);

### **6 – организация питания**

**1 2 3 4 5**

(качество приготовления, ассортимент блюд, их температура, достаточность);

Социологические исследования проводятся путем единовременного или текущего сбора информации сплошным или выборочным способом в зависимости от мощности ЛПУ и целей исследования. Так как при планировании исследований трудно установить частоту положительных и отрицательных ответов, поэтому необходимое число наблюдений устанавливается на основе соотношения 0,5:0,5. То есть шансы «за» и «против» считаются равными. Достаточным считается объем выборочного

исследования 400 наблюдений с вероятностью ошибки менее 5%.

Полученные данные удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (ОУП) оценивают по следующей формуле:

$$\text{ОУП} = \text{ДМП} + \text{КП} + \text{МТО} + \text{СГУ} + \text{ОП} + \text{ЛО} + \text{СЭДН} + \text{АОМП} + \text{ДР};$$

где

ДМП - доступность медицинской помощи;

КП - квалификация, профессионализм медицинского персонала;

МТО - материально-техническое обеспечение;

СГУ - оценка санитарно-гигиенических условий;

ОП - организация питания (оценивается в стационарах);

ЛО - лекарственное обеспечение;

СЭДН - соблюдение этических и деонтологических норм;

АОМП - адекватность оказания медицинской помощи;

ДР - достижение результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Проведение *объективной экспертной оценки* проводится по тем же критериям с использованием весовых коэффициентов путем контроля фактических показателей и сравнения их с предусмотренными программой государственных гарантий показателями, определяющими условия, объем и качество оказанной медицинской помощи в баллах в соответствии со шкалой экспертных оценок (табл.14.1).

Таблица 14.1 – Шкала экспертных оценок

Удельный вес пациентов, медицинская помощь которым была оказана в соответствии с правилами и условиями Территориальной программы государственных гарантий (в %)	Балльная оценка (рейтинг)
85-100	5
70-84	4
55-69	3
40-54	2
20-39	1

При объективной экспертной оценке проводят определение инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий в ЛПУ по критериям: заболеваемость внутрибольничными инфекциями, защита медперсонала от инфицирования и вредного воздействия факторов больничной среды, антиинфекционная защита медицинских технологий; сбор, хранение и удаление отходов в ЛПУ.

Полученные результаты вносят в формулу определения углубленной объективной оценки качества медицинской помощи (УОК):



$$\text{УОК} = \text{КДМП} + \text{КУКП} + \text{КМТО} + \text{КИБСиСГУ} + \text{КОП} + \text{КЛО} + \text{КСЭДН} + \text{КАОМП} + \text{КДР}$$

где

КДМП - доступность медицинской помощи;

КУКП - укомплектованность, квалификация, профессионализм медицинского персонала;

КМТО - материально-техническое обеспечение;

КИБСиСГУ - инфекционная безопасность больничной среды и санитарно-гигиенических условий;

КОП - организация питания;

КЛО - лекарственное обеспечение;

КСЭДН - соблюдение этических и деонтологических норм;

КАОМП - адекватность оказания медицинской помощи;

КДР - достижение результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Далее оценивается *эффективность использования ресурсов* путем оценки выполнения плана задания учреждения, уровня госпитализации, соотношения пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания, частоты обращений на скорую медицинскую помощь, частоты экстренной госпитализации, продолжительности пребывания в стационаре, стоимости койко-дня и отношения начисленного фонда оплаты труда к пролеченным больным в баллах по шкалам экспертных оценок табл.14.2, 14.3, 14.4.

Таблица 14.2 - Шкала экспертных оценок показателей, характеризующих выполнение заказа-задания (ВПЗ)

Величина показателей ВПЗ (в %)	Балльная оценка
95 и более	5
90-94	4
81-89	3
71-80	2
Менее 70	1

Таблица 14.3 – Шкала экспертных оценок для показателей, характеризующих уровень госпитализации (ОУГ), соотношение числа пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания (СП), частоту обращений на станцию скорой медицинской помощи (ОС)

Величина показателей ОУГ, СП, ОС (в %)	Балльная оценка
До 5	5
6-10	4
11-15	3
16-20	2
21-25	1
Более 25	0

Таблица 14.4 – Шкала экспертных оценок для показателей, характеризующих удельный вес экстренной госпитализации (без основания) (ЭГ), продолжительность пребывания в стационаре (ППС), отклонение начисленного фонда оплаты труда к количеству пролеченных больных (от утвержденного согласительной комиссией) (ОНФ), снижение стоимости койко-дня из-за превышения объемов медицинской помощи (СКД)

Величина показателей ЭГ, ППС, ОНФ, СКД (в %)	Балльная оценка
До 10	5
11-15	4
16-25	3
26-30	2
31-40	1
Более 40	0

Рассчитываем показатель оценки эффективности использования ресурсов (ЭИР)

$$\text{ЭИР} = \text{ВПЗ} + \text{ОУГ} + \text{СП} + \text{ОС} + \text{ЭГ} + \text{ППС} + \text{ОНФ} + \text{СКД}$$

Где:

ВПЗ - выполнение плана - задания учреждения;

ОУГ - оценка уровня госпитализации;

СП - соотношение пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания;

ОС - оценка частоты обращений на скорую медицинскую помощь;

ЭГ - оценка частоты экстренной госпитализации;

ППС - анализ продолжительности пребывания в стационаре;

ОНФ - отношение начисленного фонда оплаты труда к пролеченным больным;

СКД - анализ стоимости койко-дня.

Объединив три показателя получаем интегральную балльную оценку качества медицинской помощи по формуле:

$$\text{ИОК} = \text{ОУП} + \text{УОК} + \text{ЭИР}$$

Где:

ИОК - интегральная оценка качества медицинской помощи;

ОУП - оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи;

УОК - углубленная объективная оценка качества медицинской помощи;

ЭИР - оценка эффективности использования ресурсов.

Далее проводится **оценка финансирования**

Таблица 14.5 – Шкала экспертных оценок бюджетного финансирования

Величина показателей ФП и ФН (в %)	Балльная оценка
95 и более	5
90-94	4
81-89	3
71-80	2
Менее 70	1

Таблица 14.6 – Шкала экспертных оценок финансирования за счет предпринимательской деятельности

Величина показателей ФПН и ФПП (в %)	Балльная оценка
30 и более	5
20-29	4
10-19	3
5-9	2
До 5	1

Оценка финансирования проводится по формуле:

$$\text{ОФ} = \text{ФП} + \text{ФН} + \text{ФПП}$$

Где:

ОФ - оценка финансирования в баллах;

ФП - отношение фактического финансирования заказа-задания к плановому в баллах;

ФН - отношение запланированного объема финансирования к нормативному, установленному с учетом потребности за 3 года, в баллах;

ФПП - отношение денежных средств, заработанных путем предпринимательской деятельности к плановому объему финансирования

плана - задания, в баллах.

В результате путем суммирования получаем интегральную оценку эффективности системы качества медицинской помощи.

$$\text{ИОЭУСОК} = \text{ИОК} + \text{ОФ}$$

Где:

ИОЭУСОК - интегральная оценка эффективности управления системой качества медицинской помощи;

ИОК - интегральная оценка качества медицинской помощи;

ОФ - оценка финансирования.

Заключительным этапом является составление акта экспертного контроля.

#### АКТ ЭКСПЕРТНОГО КОНТРОЛЯ.

1. Дата экспертизы \_\_\_\_\_

2. Состав комиссии \_\_\_\_\_

3. Ф.И.О. экспертов \_\_\_\_\_

4. ЛПУ, отделение \_\_\_\_\_

5. Экспертная оценка \_\_\_\_\_

Претензии, предъявляемые к ЛПУ \_\_\_\_\_

Перечень мероприятий, способствующих улучшению качества медицинской помощи \_\_\_\_\_

Председатель комиссии

Эксперты

Члены комиссии

На основании полученной интегральной оценки эффективности системы качества медицинской помощи в ЛПУ в баллах определяется рейтинг лечебного учреждения, проводится всесторонний анализ его деятельности, выявляются недостатки и проводится коррекция выявленных нарушений путем реализации разработанных мероприятий.

Однако у описанного подхода есть недостатки. Он не позволяет дать оценку инфекционной безопасности больничной среды с учетом санитарно-гигиенических условий в лечебно-профилактических учреждениях, не проводится экспертиза:

- заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
- антиинфекционной защиты медицинских технологий;
- защиты медицинского персонала от инфицирования и вредного воздействия факторов больничной среды;
- медико-экологическая экспертиза сбора, хранения и утилизации отходов.

Крайне важно, чтобы деятельность здравоохранения удовлетворяла предъявляемым к ней населением требованиям как по совокупности соответствующих физических параметров, так и по цене, времени, месту и способу предложения. Все население в той или иной мере прямо (оплата услуг и товаров медицинского назначения) или косвенно (через систему обязательного медицинского страхования) участвует в финансировании здравоохранения и поэтому вправе рассчитывать на получение максимально возможного удовлетворения от оказываемой медицинской помощи.

### **Пример. Проведение комплексной оценки качества медицинской помощи ЛПУ**

Проверку проводит экспертная комиссия, в состав которой входят специалисты ЛПУ и органов управления департамента здравоохранением, а также главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения.

Проводим субъективную оценку удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Опрошено 100 пациентов по анкетам.

80 пациентов указали на невозможность выбора врача, это составляет 80% и соответствует 4 баллам по шкале экспертных оценок табл.14.1.

Остальные параметры, входящие в формулу оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (ОУП) определяются аналогично.

Доступность медицинской помощи - 4 балла,  
 квалификация, профессионализм медицинского персонала - 4,5 балла,  
 материально-техническое обеспечение - 5 баллов,  
 оценка санитарно-гигиенических условий - 3 балла, оценка организации питания - 4 балла,  
 лекарственное обеспечение - 4 балла,  
 соблюдение этических и деонтологических норм - 3 балла,  
 адекватность оказания медицинской помощи - 4,5 балла,  
 достижение результата диагностики - 4 балла.

$$\text{ОУП} = 4 + 4,5 + 5 + 3 + 4 + 4 + 3 + 4,5 + 4 = 36,0 \text{ баллов.}$$

После оценки, проведенной экспертами в соответствии со шкалой табл.14.1, получены данные для расчета УОК.

Доступность медицинской помощи - 4,5 балла,  
 квалификация, профессионализм медицинского персонала - 4 балла,  
 материально-техническое обеспечение - 4 балла,  
 оценка инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий - 4 балла,  
 оценка организации питания - 5 баллов,  
 лекарственное обеспечение - 4 балла,  
 соблюдение этических и деонтологических норм - 4 балла,  
 адекватность оказания медицинской помощи - 4,5 балла,  
 достижение результата диагностики - 4 балла

$$\text{УОК} = 4,5 + 4 + 4 + 4 + 5 + 4 + 4 + 4,5 + 4 = 38 \text{ баллов.}$$

При этом оценка инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий производилась на основании оценок:

заболеваемости внутрибольничными инфекциями - 4 позиции,  
 антиинфекционной защиты медицинских технологий - 9 позиций,  
 санитарно-гигиенических условий размещения пациентов - 17 позиций,  
 защиты медицинского персонала от инфицирований и вредного воздействия факторов больничной среды - 7 позиций  
 системы сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ - 4 позиции.

При экспертизе заболеваемости внутрибольничными инфекциями по одной из 4 позиций обнаружены нарушения, по антиинфекционной защите медицинских технологий из 9 позиций по 3 были зафиксированы нарушения.

При оценке санитарно-гигиенических условий размещения пациентов из 17 экспортируемых позиций по трем были зафиксированы отклонения от требований.

При экспертной оценке защиты медицинского персонала от инфицирования и вредного воздействия факторов больничной среды из 7 позиций по 3 установлены нарушения.

Замечаний по системе сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ не было.

Таким образом, из 41 экспертной позиции отклонения от требований установлены по 10 позициям, что соответствует 75,6% или 4 баллам по табл.14.1.

Далее рассчитываем коэффициент эффективности использования ресурсов. Например, оценка выполнения плана-задания учреждением ВПЗ проводится на основании определения соотношения фактически оказанных и плановых объемов медицинской помощи. Полученный показатель вычисляется в % с использованием оценочной шкалы по табл.14.2, 14.3, 14.4 и составил 4 балла. Аналогично рассчитываем остальные данные для определения ЭИР.

$$\text{ЭИР} = 4 + 4 + 5 + 3 + 4 + 4 + 5 + 4 = 33 \text{ балла.}$$

Суммируем ОУП, УОК и ЭИР и находим интегральную оценку качества ИОК.

$$\text{ИОК} = 36 + 38 + 33 = 107 \text{ баллов.}$$

Оцениваем финансирование ОФ. Для этого находим отношения фактических показателей к запланированным в % и переводим их в баллы по шкалам табл.14.5 и 14.6.

$$\text{ОФ} = 4 + 5 + 5 = 14 \text{ баллов.}$$

И, таким образом, интегральная оценка эффективности качества медицинской помощи составляет:

$$\text{ИОЭУСОК} = 107 + 14 = 121 \text{ балл.}$$

Оцениваем работу ЛПУ как хорошую. Однако при субъективной оценке пациентами отмечены не удовлетворительные санитарно-гигиенические условия и нарушение этических и деонтологических норм медицинским персоналом, что снизило рейтинг ЛПУ.

При объективной экспертной оценке данные позиции имели более высокую балльную оценку.

Также экспертами выявлены нарушения инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий, что снизило балльную оценку до 4 баллов.

При оценке эффективности использования ресурсов ЛПУ выставлена низкая балльная оценка (3) по параметру частоты обращения на скорую медицинскую помощь, что говорит о том, что пациенты предпочитают вместо обращения в поликлинику, обращаться в скорую медицинскую помощь.

Финансирование лечебного учреждения хорошее.

Таким образом, интегральная оценка эффективности управления системой качества медицинской помощи в данном ЛПУ хорошая.

Экспертной комиссией предложены следующие мероприятия:

- принять меры по исправлению выявленных нарушений инфекционной безопасности больничной среды и санитарно-гигиенических условий содержания пациентов;
- провести с медицинским персоналом разбор жалоб пациентов с последующим обучением персонала соблюдения этических и деонтологических норм.

Полученная рейтинговая оценка доводится до Департамента здравоохранения и является основанием для принятия управленческих решений.

**Индивидуальные задания к практическому занятию:**

На основе раздаточного материала провести комплексную оценку качества медицинской помощи ЛПУ. Рассчитать интегральную оценку эффективности качества медицинской помощи (ИОЭУСОК). Составить акт экспертного контроля.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Сущность и содержание управления качеством.
2. Компоненты качества.
3. Показатели качества медицинской помощи.
4. Составляющие обеспечения качества лечебно-диагностического процесса.
5. Надлежащее и ненадлежащее качество медицинской помощи.
6. Стандартизация в здравоохранении.

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:**

1. Качество медицинской помощи может быть:
  - а) надлежащим и ненадлежащим,
  - б) соответствующим и несоответствующим
  - в) правильным и неправильным
  - г) объективным и субъективным
  - д) верным и неверным
2. Согласно рекомендаций ВОЗ «качество медицинской помощи» может быть определено как:
  - а) содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения
  - б) качественно оказанные лечебно-диагностические мероприятия
  - в) категория, выражающая неотделимую от объекта его сущностную определенность благодаря которой этот объект является именно этим, а не другим объектом
  - г) всеобщая характеристика объектов, проявляющаяся в совокупности их свойств
  - д) соответствие фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом.
3. Медико-экономический стандарт – это документ, ...
  - а) содержащий требования к квалификации медицинских специалистов, медицинскому оборудованию и используемым медикаментам
  - б) описывающий систему управления, организацию лечебно-диагностического процесса



- в) определяющий объем лечебно-диагностических процедур и технологию их выполнения
- г) определяющий результативность лечения и стоимостные показатели
- д) определяющий объем лечебно-диагностических процедур, требования к результатам лечения объем финансового обеспечения.

4. Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...

- а) органы управления здравоохранением
- б) СМО, ТФОМС
- в) медицинские учреждения
- г) зам. главного врача по КЭР
- д) арбитражный суд.

5. Субъектами ведомственного контроля качества медицинской помощи являются.....

- а) пациент, общества потребителей
- б) МСО, ТФОМС
- в) медицинские учреждения
- г) зам. главного врача по организационно-методической работе
- д) арбитражный суд.

6. Экспертиза качества медицинской помощи – это....

- а) исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов и нарушений
- б) установление фактических и возможных причин и последствий выявленных дефектов и нарушений
- в) подготовка рекомендаций по устранению причин выявленных дефектов и нарушений
- г) все вышеперечисленное

7. Для обеспечения надлежащего уровня качества медицинской помощи необходимо выполнение комплекса следующих условий...

- а) достижение медицинских и социальных показателей
- б) соблюдение медицинских и организационных технологий
- в) создание соответствующей структуры, соблюдение медицинских технологий и достижение запланированных результатов
- г) подготовка зданий и сооружений, квалифицированных кадров, достижение запланированных результатов
- д) обеспечение ресурсами, соблюдение медицинских и организационных технологий.

8. Экономическая ответственность по результатам экспертизы предполагает:

- а) частичный или полный отказ от оплаты некачественной медицинской

услуги

- б) полный отказ от оплаты некачественной медицинской услуги и штраф в несколько МРОТ
- в) штраф, в размере, превышающем стоимость медицинской услуги
- г) все перечисленное

9. Компонентами оценки качества медицинского обслуживания являются:

- а) технология,
- б) ресурсы,
- в) риски,
- г) результат обслуживания,
- д) все перечисленное.

10. Что не является этапом действий, необходимых для определения наличия качества :

- а) определить свойства объекта,
- б) формализовать свойства объекта как его определенные характеристики
- в) придать характеристикам объекта статус стандарта,
- г) сравнить характеристики проверяемого объекта со стандартом
- д) нет верного ответа

## Ответы на тесты

	Глава 1	Глава 2	Глава 3	Глава 4	Глава 5	Глава 6	Глава 7	Глава 8
1	в	б	б	г	а	г	а	а
2	б	д	в	в	а	а	д	а
3	а	д	а	д	в	г	д	д
4	г	д	а, в, д	а	б	б	д	б
5	в	а	б, в, г	д	д	г	б	в
6	в	г	в	д	д	г	д	г
7	а	г	д	а	а	а	д	в
8	г	б	д	в	в	д	д	а
9	в	б	а	в	в	г	а	д
10	г	г	г	г	в	а	а	д

## ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Войцехович, Б.А. Руководство к практическим занятиям «Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении» / Б.А. Войцехович, А.Н. Редько, И.С. Лебедева – Краснодар : «АСВ-Полиграфия», 2015. – 60 с. Текст : непосредственный.
2. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под редакцией Г.Н. Царик – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 912 с. - ISBN 978-5-9704-4327-9. Текст : непосредственный.
3. Зенина, Л.А. Экономика и управление в здравоохранении: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – 4-е изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2014. – 208 с. - ISBN 978-5-7695-4812-3 Текст : непосредственный.
4. Коренков, Г.П. Как Росздравнадзор проверяет организацию ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Г.П. Коренков. – Текст: электронный // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2015. – №12. – С. 23-32. – Режим доступа: URL: <https://rucont.ru/efd/528690> (дата обращения 04.07.2019)
5. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-2654-8. Текст : непосредственный.
6. Нестеров, О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи / О.Л. Нестеров – Текст: электронный // Главный врач. – 2016. – №12. – С. 16-21. – Режим доступа: URL: <https://rucont.ru/efd/529588> (дата обращения 09.07.2019)
7. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник: в 2-х томах. / В.З. Кучеренко, В.М. Алексеева, А.П. Голубева [и др.]; под редакцией В.З. Кучеренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - ISBN 987-5-9704-2403-2. Текст : непосредственный.
- Т. 1. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения. – 688 с. : ил. ISBN 987-5-9704-2403-8.
- Т. 2. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения. – 160 с. : ил. ISBN 987-5-9704-2403-2.
8. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.Г. Элланский, А.Р. Квасов, Т.Ю. Быковская, М.Ю. Соловьев – Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 624 с. - ISBN 978-5-9704-5033-8.
9. Окунева, Г.А. Методика анализа использования коечного фонда / Г.А. Окунева – Текст: электронный // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – Режим доступа: URL: <http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/medicinskaja>

\_statistika/metodika\_ analiza\_ispolzovanija\_koechnogo\_fonda/28-1-0-440 (дата обращения 22.08.2019)

10. Основы экономики для студентов медицинских учебных заведений : учебник / Б.А. Войцехович, А.Н. Редько, В.В. Пильщикова [др.]; под редакцией Б.А. Войцеховича – Ростов на Дону : Феникс, 2010 – 347 с. (Медицина). - ISBN 978-5-222-16490-7. Текст : непосредственный.

11. Семенов, В.Ю. Экономика здравоохранения: учебное пособие / В.Ю. Семенов. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 1000 с. ISBN: 978-5-9986-0167-5 Текст : непосредственный.

12. Способ интегральной оценки эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений / К.В. Шипачев, И.П. Рычагов, Е.Б. Брусина [и др.] – Текст : электронный // Патентный поиск, Поиск патентов и изобретений РФ. – Режим доступа: URL: <https://findpatent.ru/patent/234/2345716.html> (дата обращения 12.08.2019)

13. Суслин, С.А. Характеристика основных показателей оценки медицинской деятельности стационарных учреждений / С.А. Суслин. - Текст : непосредственный // Заместитель главного врача. – 2009. – №11. – С. 16-27.

14. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать : научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э. Улумбекова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с. : ил. ISBN 987-5-9704-1435-4. Текст : непосредственный.

15. Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие / под редакцией А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664 с. : ил. ISBN 987-5-9704-0906-0. Текст : непосредственный.

16. Чернышев, В.М. Некоторые аспекты экономической эффективности дневных стационаров / В.М. Чернышев, Л.В. Парамонова, К.А. Есипова. – Текст : электронный // Социально значимые инфекции. Материалы VIII российско-германской научно-практической конференции 01-02 ноября 2009 г.; под общ. ред. В.В. Степанова (Россия), Г. Хана (Германия). – Новосибирск: ООО «Альфа Виста», 2009. – 89 с.

17. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с. ил. – (Послевузовское образование) - ISBN 987-5-9704-1783-6. Текст : непосредственный.

18. Экономика : учебник / Ю.В. Федорова [и др.] ; под редакцией Ю.В. Федоровой. – Ростов на Дону : Феникс, 2014. – 349 с. – (Библиотека МГМУ им. И.М.Сеченова). - ISBN 987-5-222-21557-9. Текст : непосредственный.

19. Экономика здравоохранения / под редакцией М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4228-9. Текст : непосредственный.

20. Экономика здравоохранения : учебник для послевузовского профессионального образования врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по дисциплине «Экономика здравоохранение» / под редакцией А. В. Решетникова; М-во образования и науки РФ. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 191 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-0481-2. Текст : непосредственный.

21. Экономика здравоохранения: учебное пособие / А.В. Решетников, В.М. Алексеева, Е.Б. Галкин, С.А. Ефименко [др.] ; под редакцией А.В. Решетникова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с. ил. – ISBN 978-5-9704-0481-2. Текст : непосредственный.

22. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / А.В. Решетников, Н.Г. Шамшурина, В.И. Шамшурин; под общей редакцией А.В. Решетникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 328 с. (Специалист). - ISBN: 978-5-534-10359-5. Текст : непосредственный.