

ФГАОУ ВО КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ

КАФЕДРА БИОЭКОЛОГИИ, ГИГИЕНЫ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

А. Р. Ильясова

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие



Казань, 2019

ББК 51.1

УДК 33:614.2 (075.8)

И43

*Печатается по решению учебно–методической комиссии
Института фундаментальной медицины и биологии К(П)ФУ
(протокол № 2 от 01.02. 2019 г.)*

Составитель:

Ильясова А.Р., к.б.н., доцент кафедры биоэкологии, гигиены и общественного здоровья ИФМиБ К(П)ФУ

Рецензенты:

Рахимов И.И., д.б.н., профессор, заведующий кафедрой биоэкологии, гигиены и общественного здоровья ИФМиБ К(П)ФУ;

Степанова Н.В., д.м.н., профессор кафедры биоэкологии, гигиены и общественного здоровья ИФМиБ К(П)ФУ;

Камалова Ф.М., к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Казанского государственного медицинского университета.

Ильясова А.Р.

Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / А.Р.Ильясова.–
Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2019. – 86 с.

В учебном пособии освещены основные понятия, предмет, задачи и методы экономики здравоохранения. В круг рассматриваемых вопросов включены основы экономики здравоохранения и методики оценки ее эффективности, финансирование в современных условиях, сведения о экономической деятельности медицинских учреждений, представлены теоретические аспекты рыночных отношений в здравоохранении, ценообразование медицинских услуг, маркетинг, оплата труда и ряд других аспектов, играющих важную роль в экономике современного здравоохранения. Учебное пособие предназначено для студентов лечебного, стоматологического, фармакологического факультетов для проведения семинарских занятий по дисциплине «Экономика и менеджмент в здравоохранении».

© Ильясова А.Р., 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. ВВЕДЕНИЕ В ЭКОНОМИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	5
1.1. Основные понятия экономики здравоохранения.....	5
1.2. Экономические проблемы развития здравоохранения	13
1.3. Роль и место здравоохранения в экономике страны	14
1.4. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения.	15
1.5. Понятие об экономическом эффекте в здравоохранении	19
1.6. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.....	20
2. ФИНАНСИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	23
2.1. Модели финансирования здравоохранения в мире	23
2.2. Источники финансирования здравоохранения в России	26
2.3. Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования	29
2.4. Финансовые ресурсы медицинских организаций.....	34
2.5. Анализ финансово–хозяйственной деятельности медицинского учреждения. Финансовый контроль	37
2.6. Экономический анализа деятельности лечебно–профилактического учреждения.....	40
2.7. Оплата труда в здравоохранении	46
2.9. Государственно–частное партнерство (ГЧП) в здравоохранении	50
3. РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	53
3.1. Формирование рыночных отношений в здравоохранении	53
3.2. Основные категории рынка.....	57
3.3. Маркетинг в здравоохранении.....	61
3.4. Управление маркетингом в здравоохранении.....	65
3.5. Ценообразование на медицинские услуги	67
3.6. Механизм и методы формирования цен	70
3.7. Система цен на медицинские услуги	71
Глоссарий.....	77
Литература.....	84

Введение

Здравоохранение – важнейшая социальная сфера общества. Социально–экономические и политические преобразования, происходящие в стране, оказывают огромное воздействие и на здравоохранение, и на экономику этой отрасли.

Экономика здравоохранения – одна из относительно новых, но активно развивающихся областей экономической науки. В России экономика здравоохранения стала развиваться лишь во второй половине 20 века в связи с переходом на принципы рыночной экономики. Развитию экономики здравоохранения способствовало появление процессов коммерциализации здравоохранения, проявляющихся в росте объемов платных услуг населению. Кроме того, развивалась система медицинского страхования, что привело к изменению экономического положения медицинских учреждений. Изменение статуса медицинского учреждения привело к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в процессе практической деятельности медицинских учреждений, вынужденных все в большей степени действовать на коммерческой основе, с учетом принципов самокупаемости. Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания качественной и доступной медицинской помощи остается стратегической задачей государства, так как здоровье населения напрямую влияет на экономическое развитие.

Одним из последствий осуществления медицинской деятельности в разнообразных хозяйственных формах является изменение экономического положения работников здравоохранения. От количества и качества их труда зависит экономический результат деятельности лечебно–профилактических учреждений (ЛПУ) в целом.

Современный врач должен рассматривать свою работу не только с профессиональной, но и с экономической точки зрения, разбираться в вопросах финансирования государственной, страховой и частной медицины, вопросах ценообразования и т.д. Необходимы знания экономических законов в работе практических врачей, так как в условиях рыночных отношений они являются продавцами медицинских услуг, выбирая рациональные схемы обследования и лечения больных. Врач должен уметь оценивать экономическую эффективность своей деятельности. Поэтому важным представляется знание врачами любого профиля основных понятий экономики здравоохранения и необходимость подготовки специалистов в этой области.

1. ВВЕДЕНИЕ В ЭКОНОМИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Основные понятия экономики здравоохранения

Истоки экономики, как области научных знаний, можно найти в учениях мыслителей Древнего мира. В научный оборот термин «экономика» был введен представителями древнегреческой экономической мысли Ксенофонт (430–355 гг. до н.э.), написавший труд под названием «Экономикос» («Домострой»). Считается, что сам термин «экономика» изобрел еще в VI в. до н. э. греческий поэт Геспод, соединив два слова: «*oikos*» (дом, хозяйство) и «*nomos*» (правила, знаю, закон), что дословно означает «искусство, знание, свод правил ведения хозяйства». Попытки теоретически осмыслить экономическое устройство общества были представлены в сочинениях Платона (428–348 гг. н. э.), Аристотеля (384–322 гг. до н.э.), который занимался изучением экономических процессов и впервые проанализировал экономические явления, закономерности экономического развития общества, выделил экономику в самостоятельную область деятельности. Аристотель – первый мыслитель, который высказал мнение о том, что экономика – это наука о богатстве.

История развития экономики включает историю развития отношений, обмена, общественного разделения труда и рыночных отношений. Экономика – это часть повседневной жизни людей; люди живут в экономической среде, постоянно используют термины, употребляемые экономистами (деньги, цены, заработная плата, доходы, расходы и др.). Каждому знакомо слово «экономика», но несмотря на это вкладывают в него неодинаковое содержание.

С развитием экономической теории появлялись уточняющие и развивающие определения. Сегодня под экономикой обычно понимают сокращение затрат, бережливость при расходовании каких-либо ресурсов. Для общества в целом экономия означает такое использование экономических ресурсов, которое ведет к максимальному повышению уровня жизни в данном обществе. По мнению известного экономиста *П. Самуэльсона*, экономика – это наука о том, как общество использует редкие ресурсы для производства ценных товаров и распределения их среди людей.

Современный смысл понятия «экономика» имеет более широкий смысл, он изменился, расширился и в настоящее время существует несколько определений «экономики»:

- наука о видах деятельности, связанных с обменом и денежными сделками между людьми;
- общественная наука, которая изучает поведение людей, извлечения ими средств к существованию и использованию материальных благ;

- наука о том, как человечество справляется со своими задачами в области потребления и производства;
- фундаментальная наука, изучающая наиболее общие законы функционирования хозяйства;
- наука о правилах распределения ограниченных ресурсов и обмена благами при посредстве денег, об оптимизации соотношения выгод и издержек;
- это дисциплина, изучающая, каким образом общество с ограниченными ресурсами решает, что, как и для кого производить.

Функции экономики:

- методологическая – изучение экономических процессов при помощи определенных методов;
- теоретическая – выявление сути процессов и явлений;
- практическая – разработка принципов и методов рационального ведения хозяйства, научное обоснование экономической политики;
- прогностическая – разработка прогнозов и перспектив общественного развития.

Экономическая наука призвана дать ответы на вопросы: «Что производить?», «Как производить?», «Как использовать произведенный продукт?», «Как достигнуть баланса между производством и потреблением?». Эти же вопросы вполне применимы к экономике здравоохранения.

Экономика здравоохранения в структуре экономических наук

В структуре экономических знаний выделяют 4 основные направления:

1. Общие экономические науки (экономическая теория) – как базовая, фундаментальная научная дисциплина (у экономической теории экономика здравоохранения заимствует терминологию).
2. Отраслевые экономические науки – исследование особенностей экономических процессов в определенной отрасли (изучаются основные вопросы экономики здравоохранения).
3. Прикладные экономические науки – бухгалтерский учет, финансы и кредит, менеджмент, маркетинг (исследования по данным вопросам рассматриваются на уровне отдельной организации здравоохранения).
4. Специальные экономические науки – развивающиеся на стыке экономики и других гуманитарных и естественных наук: экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и др. (экономика здравоохранения развивается в тесной взаимосвязи с другими родственными ей экономическими науками: например, экономическая статистика, анализируя

экономику в целом, часто использует те же методы исследования, что и медицинская статистика).

Здравоохранение — отрасль, охватывающая людей и организации, которые оказывают населению медицинскую помощь: частнопрактикующих врачей и групповые врачебные практики, поликлиники, амбулатории, диагностические центры, больницы и т.п.

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, выделяют следующие стороны:

1. *Профессиональная* – она представляет наличие определенных профессиональных навыков, знаний умений;

2. *Экономическая* – предполагает изучение хозяйственных процессов в медицинской деятельности.

Экономика здравоохранения – это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические отношения, законы, влияющие на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья населения при определенном уровне ресурсов.

Цель экономики здравоохранения – удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при наименьших затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

- изучение экономических законов в системе здравоохранения;
- определение роли здравоохранения в системе общественного производства;
- расчет потребности в необходимых ресурсах;
- обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и организации труда медперсонала;
- оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций, эффективности медицинских технологий;
- оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения, определение норм нагрузки на персонал;
- подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения изучает планирование, финансирование и мониторинг здравоохранения с целью улучшения его эффективности, разрабатывает новые формы, методы управления здравоохранением, что позволяет наиболее эффективно использовать материальные, кадровые, финансовые и другие ресурсы в отрасли.

«Экономика здравоохранения» как академическая дисциплина имеет небольшую историю. Она стала развиваться лишь во второй половине XX века., когда здравоохранение стало рассматриваться как перспективная отрасль

инвестиций частного или государственного капитала в программы, связанные с укреплением здоровья населения, что экономически выгодно и приносит реальный доход обществу. Важным и необходимым было знать, что такое здоровье и какова его стоимость, как человек оценивает свое здоровье сам какие услуги оказывать, как организовать их оказание и кто будет получать эти услуги.

Значимым событием в развитии экономики здравоохранения явилась конференция Американской экономической ассоциации в 1951 г. по теме «Экономика медицинской помощи». Ее результатом было образование учебных и научно–исследовательских центров по экономике здравоохранения. Специализированные исследования с освещением экономических аспектов здравоохранения появились в печати с середины 60–х годов XX века.

Первая теоретическая конференция по экономике здравоохранения в СССР была проведена в 1966 г. В стране стали разрабатываться вопросы практического применения результатов изучения экономики здравоохранения.

В 1973 г. состоялся первый семинар Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), посвященный экономическим проблемам здравоохранения.

В 1978 г. утверждена программа ВОЗ «Экономика здравоохранения», цель которой была в разработке примерной программы подготовки экономистов здравоохранения. В 1987 г. опубликован отчет о результатах реализации этой программы, содержащий основные модули обучения вопросам экономики здравоохранения. В дальнейшем объем научно–исследовательской и учебно–методической литературы по экономике здравоохранения стал существенно увеличиваться. Первая попытка анализа экономической истории российского здравоохранения, опубликована в виде очерка в книге «Экономика здравоохранения» (под ред. В.З.Кучеренко, 1996).

Возникновение научной дисциплины «Экономики здравоохранения» обусловлено: ростом спроса на медицинские услуги; необходимостью рационального планирования и эффективного использования материальных, трудовых и финансовых средств здравоохранения; особым местом здравоохранения в системе общественного производства как ресурсосберегающей отрасли; повышением экономической значимости системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения. Что же такое «здоровье»?

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ).

Здоровье как социально–экономическая категория проявляет себя в перечисленных аспектах:

- Общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина – это стратегическая цель государства и народа, условие национальной безопасности страны.

- Здоровье – экономический ресурс общества и главное условие воспроизводства трудового потенциала.

- Здоровье обеспечивается значительным использованием экономических ресурсов, денежных средств государства и населения.

- Здоровье – это самый представительный показатель уровня, образа, качества жизни людей.

Здоровье не относится к товарно–денежным категориям и не представляет собой товар. Здоровье не имеет рыночной цены, но обладает высшей ценностью для общества. На сохранение, укрепление, восстановление здоровья государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Соответственно, актуальным становятся следующие вопросы – какова?

- стоимостная оценка здоровья;

- цена отдельной медицинской услуги и стоимость медицинской помощи в целом;

- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;

- оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений;

- оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

На эти и другие вопросы отвечает экономика здравоохранения.

Экономика здравоохранения – дисциплина, помогающая сделать правильный выбор в решениях по наиболее рациональному и эффективному использованию ограниченных ресурсов и получению максимальных выгод для пациента и общества.

Основные вопросы, которыми занимается экономика здравоохранения:

- исследование роли здравоохранения в общей экономике (обосновывает медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения);

- разработка методов рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов здравоохранения;

- вопросы финансирования здравоохранения;

- разработка подходов и методов ценообразования на различные виды медицинских услуг и многое другое.

Задачи и функции экономики здравоохранения объединяют в одно понятие – финансовый менеджмент. *Финансовый менеджмент* в здравоохранении – это система принципов, методов и форм управления финансированием

здравоохранения на макро– (органы управления) и микро–(учреждения здравоохранения) уровнях.

От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в этой отрасли хозяйства. Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности, что имеет научно–практическую значимость.

Экономику здравоохранения можно определить как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области медицины. Экономика здравоохранения также оценивает всю систему здравоохранения в целом.

Предмет и методы изучения экономики здравоохранения

Предметом экономики здравоохранения является хозяйственная сторона медицинской деятельности, которая отражает социально–экономическую или производственную форму ее осуществления.

Экономические отношения, возникающие в процессе профессиональной медицинской деятельности, разделены на две крупные группы:

1. *Организационно – экономические*: характер отношений отражает общие черты, присущие всем типам медицинских учреждений (стационары, поликлиники, диагностические центры и т. п.). Примером таких отношений может служить система финансирования ЛПУ, включающая принцип определения тарифов на медицинские услуги, порядок взаиморасчетов, учета расходов, оплаты труда, ценообразования и т. д.

2. *Социально–экономические*: это специфические, особенные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, которые функционируют в различных условиях (государственные, муниципальные и частные). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно отличается в этих учреждениях при равном объеме количества и качества оказываемых медицинских услуг.

Экономические отношения внутри системы здравоохранения или вне ее рассматриваются: на **мета–, макро–, медиум– и микроэкономическом** уровнях. Задачи этих уровней тесно взаимосвязаны и решаются комплексно.

1. *На метаэкономический (мировом) уровне* формируются межнациональные экономические отношения систем здравоохранения различных государств с интеграцией их в мировую экономику. Координатором этих процессов выступает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Его основные задачи:

- разработка, экономическое обоснование и финансирование целевых программ по профилактике и борьбе с важнейшими инфекционными и неинфекционными заболеваниями;

- координация и интеграция в разработке современных медицинских технологий, производстве лекарственных средств и медицинской техники;

- финансирование и проведения медико–биологических исследований, подготовки специалистов.

2. На *макроэкономическом уровне (федеральном)* рассматриваются взаимодействия системы здравоохранения с государством и обществом, с другими отраслями народного хозяйства. Здесь реализуются следующие задачи:

- определение доли государственных расходов на здравоохранение (процент от ВВП);

- экономическое обоснование федеральных целевых программ в области охраны здоровья населения;

- обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в предоставлении населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства;

- внедрение системы стратегического планирования и финансирования здравоохранения;

- реализация инвестиционной политики здравоохранения;

- разработка законодательной базы для создания конкурентной среды на рынке медицинских услуг;

- разработка и экономическое обоснование программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

3. *Медиумэкономический (региональный) уровень* формирует хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, состоящей из ряда подотраслей, учреждений. Решаемые вопросы данного уровня:

- определение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ;

- разработка и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;

- экономическое обоснование потребности населения субъекта РФ в различных видах медицинской помощи и перспектив развития сети организаций здравоохранения;

– формирование подушевого норматива финансирования системы здравоохранения субъекта РФ;

– анализ экономической эффективности использования ресурсов здравоохранения;

– создание мониторинга финансово–хозяйственной деятельности системы здравоохранения.

4. *Микроэкономический уровень* предусматривает деятельность отдельного лечебно–профилактического учреждения (ЛПУ), его структурных подразделений. Задачи этого уровня:

– анализ экономической эффективности использования ресурсов в ЛПУ;

– ведение бухгалтерского, налогового и статистического учета;

– реализация системы муниципальных, государственных заказов и договоров на оказание населению бесплатной медицинской помощи;

– привлечение дополнительных (внебюджетных) средств для финансирования организаций здравоохранения;

– формирование бюджета организаций здравоохранения.

Необходимость дальнейшего развития экономики здравоохранения предопределена:

- осознанием населения экономической обусловленности своего здоровья;
- коммерциализацией здравоохранения;
- увеличением объема платных медицинских услуг;
- развитием маркетинговых операций;
- внедрением разнообразных форм предпринимательства и т. д.

Экономика здравоохранения использует широкий спектр методов познания:

• Анализ (от общего к частному) и синтез (интеграция частного) (происходит расчленение исследуемого явления на составляющие части);

• Математико–статистический (оценивает количественную и качественную связь между медико–диагностическими и профилактическими процессами)

• Балансовый (обеспечивает оптимальные соотношения между лечебными, диагностическими и реабилитационными процессами);

• Прогнозирование (позволяет предвидеть вероятные изменения, потребности в услугах, проблемы, которые потребуются решить);

• Экспериментальный (выявляет наиболее эффективные меры по улучшению качества здоровья и хозяйствования учреждений). В настоящее время данный метод является наиболее распространенным.

1.2. Экономические проблемы развития здравоохранения

Основные экономические проблемы развития здравоохранения объединены в несколько групп:

1. *Какие услуги, кому и какое количество медицинских услуг необходимо?* – выявление потребности в мед. помощи (в целом и для различных групп населения) – рассматриваются условия и методы хозяйствования на всех стадиях ЛПУ.

2. *Кто оплатит за оказываемые медицинские услуги?* – возможности потенциальных пациентов приобретать услуги, вопросы форм финансирования здравоохранения, направления инвестиционных средств, определение цены, определение тарифов, ценообразования, возможностей потенциальных пациентов приобретать услуги, целесообразности, рентабельности и т. д.

3. *Какие ресурсы необходимы для оказания выбранного вида медицинской помощи?* – исследование ресурсной (материально–технической) базы – помещения, оборудование, кадровое обеспечение, экономические ресурсы).

4. *Каким может быть ожидаемый результат профессиональной и экономической деятельности?* – вопросы эффективности в здравоохранении – медицинской, социальной и экономической.

5. *Выбор организационно–правовой формы оказания услуг* – определение (измерение и оценка) полученного результата услугопроизводящей деятельности ЛПУ (система показателей, характеризующих результаты как медицинской профессиональной работы, так и хозяйственной деятельности – оборот койки, цена койко–дня и т.д. Разработка экономической базы).

6. *Как управлять экономическими процессами в медицинских учреждениях?* (организация рациональной системы управления (менеджмента) – вопросы медицинского менеджмента, экономического и административно–правового регулирования). *Как достигнуть экономического успеха?* (спрос, предложение, медицинский маркетинг, экономическая эмблематика (товарный знак, символы), реклама, психология потребителя и т. д.

Экономика здравоохранения нацелена на изучение следующих проблем:

- правовые основы экономики здравоохранения;
- прогнозирование и планирование системы здравоохранения;
- экономика труда;
- распределение и перераспределение ресурсов;
- контроль расходов и цен;
- экономическая информация (учет и отчетность);
- материальное обеспечение;
- экономика развития материально–технической базы здравоохранения;

- улучшение качества управления;
- повышение эффективности медицинской помощи;
- обобщение опыта, оценка разнообразных методов лечения;
- обучение методам оценки различных способов улучшения здоровья населения.

1.3. Роль и место здравоохранения в экономике страны

Взаимосвязь здравоохранения и экономики всего хозяйства страны рассматривается в двух основных аспектах:

- влияние состояния здоровья и здравоохранения на уровень благосостояния населения и развитие экономики;
- влияние экономического развития общества на состояние здоровья людей и здравоохранение.

Влияние здравоохранения на развитие экономики страны происходит за счет роста производительности труда путем снижения заболеваемости, смертности (в первую очередь в трудоспособном возрасте), временной и стойкой нетрудоспособности, улучшения состояния здоровья в целом. С другой стороны, благосостояние общества влияет на здоровье людей.

Благосостояние – это мера обеспеченности людей жизненными благами, средствами существования.

Эксперты ООН считают, что уровень благосостояния общества можно оценить с помощью индекса развития человека, который включает:

- доход на душу населения;
- среднюю продолжительность предстоящей жизни;
- младенческую смертность;
- уровень грамотности населения.

Затраты общества на развитие здравоохранения имеют не только социальное, но и экономическое значение. Чем богаче государство, тем больше средств оно может выделить на охрану здоровья, охрану труда, улучшение экологической обстановки и условий жизни, что приведет к оздоровлению населения, снижению заболеваемости, к снижению уровня смертности и инвалидности, к увеличению периода активной трудовой деятельности людей. Одним из главных элементов социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения. Эффективность здравоохранения как отрасли сферы обслуживания заключается в том, что, оберегая и восстанавливая здоровье человека – главную составную часть производительных сил общества, оно тем самым содействует росту

национального дохода страны и повышению благосостояния народа. В этом заключается важнейший вклад здравоохранения в экономику.

1.4. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения

Одним из важнейших понятий экономики здравоохранения, предметом экономического анализа является эффективность. *Эффективность* – свойство системы достигать конечной цели.

Эффективность рассматривается в двух аспектах:

1) *внутренняя эффективность* – экономическое обоснование рациональных форм организации труда медицинского персонала, нормативов потребности в медицинской помощи, фондовооруженность, фондооснащенность, фондообеспеченность, эксплуатация материально-технической базы, использование финансовых средств и кадров, расходы на медицинскую помощь и др.,

2) *внешняя эффективность* – влияние системы здравоохранения на общественное воспроизводство: воспроизводство рабочей силы, общественного продукта, общественных отношений.

Расчет показателей эффективности здравоохранения производится по следующим направлениям:

1. *По виду эффективности*: медицинская; социальная; экономическая.
2. *По уровню*: уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень народного хозяйства.
3. *По этапам или разделам работы*: на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации.
4. *По объему работы*: эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ.
5. *По способу измерения результатов*: через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты.
6. *По затратам*: по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.
7. *По форме показателей*: нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинских результатов в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации. ВОЗ рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества

медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно–техническим уровнем. Медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей:

- удельный вес излеченных больных;
- уменьшение случаев превращения заболевания в хроническую форму;
- снижение уровня заболеваемости населения;
- «индекс здоровья».

Медицинская эффективность рассчитывается по формуле:

$$МЭ = \frac{\text{Число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Число оцениваемых случаев}}$$

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата, непосредственно связана с медицинской эффективностью. Критериями социальной эффективности являются основные показатели общественного здоровья – рождаемость, смертность, естественный прирост населения и др. Одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*. Общим индикатором социальной эффективности здравоохранения является *индекс удовлетворенности населения* деятельностью системы здравоохранения.

Экономическая эффективность – это тот положительный вклад, который вносит здравоохранение в рост национального дохода путем улучшения здоровья населения и увеличении продолжительности жизни. Экономическая эффективность выражается:

- степенью влияния на сохранение и улучшение здоровья населения;
- повышением производительности труда;
- в предотвращении расходов на здравоохранение, расходов по социальному страхованию и социальному обеспечению;
- в экономии затрат в отраслях материального производства и непромышленной сферы;
- увеличением прироста национального дохода.

Экономическая эффективность – это соотношение экономической выгоды, полученной в результате внедрения каких–либо лечебно–профилактических мероприятий и затрат на эти мероприятия.

Затраты – выраженная в денежных единицах стоимость мероприятий по улучшению здоровья населения.

Для расчета экономической эффективности в системе здравоохранения используются формулы:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Результат}}{\text{Затраты}}$$

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Предотвращенный экономический ущерб}}{\text{Затраты}}$$

Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, т. е. когда требуется достижение максимального результата при минимальных затратах. В определенных случаях медицинские мероприятия могут быть экономически невыгодны, но их проведение оправдано высоким медицинским и социальным эффектом.

Государство вкладывает в здравоохранение, в осуществление профилактики, диагностики, лечения и реабилитации определенные средства. Больших затрат требуют содержание и обслуживание нетрудоспособных граждан. Общество несет экономические потери в связи с заболеваемостью, травматизмом, временной нетрудоспособностью, стойкой нетрудоспособностью (инвалидностью), преждевременной смертью. Эти экономические потери можно оценить в денежных единицах.

Методические подходы к исследованию экономической эффективности базируются на определении «расходов» и «стоимости» отдельных видов медицинской помощи, а также величины социально –экономического ущерба, наносимого отдельными заболеваниями, и некоторых других показателей.

Клинико – экономический анализ – это сравнительный анализ применяемых в медицинской практике различных методов диагностики, профилактики, лекарственного и нелекарственного лечения, реабилитации, методов хирургического вмешательства, выполняемый с целью определения из набора рассматриваемых методов наиболее клинически эффективного и экономически целесообразного.

Анализ (от греч. analysis – разложение) – метод научного исследования (познания) явлений и процессов, в основе которого лежит изучение составных частей, элементов изучаемой системы (например, система оказания качественной медицинской помощи). Существуют разные методы анализа экономической эффективности:

- анализ «стоимость болезни» (COI – cost of illness);
- анализ «затраты – эффективность» (CEA – cost effectiveness analysis);
- анализ «минимизация затрат» (CMA – cost minimization analysis);

- анализ «затраты – полезность (утилитарность)» (CUA – cost utility analysis);

- анализ «затраты – выгода (польза)» (CBA – cost enefit analysis).

«Стоимостные» показатели медицинской помощи служат исходными данными для соизмерения затрат и выгод в определении экономической эффективности здравоохранения:

а) *Стоимость (cost analysis)* – фактические расходы, понесенные в процессе предоставления продукта или услуги здравоохранения;

б) *Стоимость болезни (cost of illness)* – учет затрат, понесенных медицинской организацией при проведении диагностики и лечения определенного заболевания;

Пример: Анализ общей стоимости болезни (общего бремени заболевания) производится с помощью формулы:

$$COI = DC + IC$$

$$\text{Тариф} = COI_1 + COI_2 + \dots + COI_n / n$$

где COI – показатель стоимости болезни; DC – прямые издержки (затраты); IC – косвенные (немедицинские и непрямые, альтернативные) издержки (затраты); n – число пациентов.

Группировка затрат зависит от того, какая именно задача решается с помощью экономического анализа.

Прямые издержки (DC) – это такие расходы учреждения здравоохранения, которые прямо связаны с лечебным процессом. К видам прямых затрат относятся:

- заработная плата медицинского персонала (основная и дополнительная);

- начисления на заработную плату медицинского персонала;

- затраты учреждения здравоохранения на лекарственные препараты, мягкий инвентарь, питание пациента (в стационаре);

- амортизация медицинского оборудования (т.е. величина износа медицинского оборудования, выраженная в денежной форме).

Косвенные (непрямые, альтернативные и немедицинские) издержки (IC) – это такие расходы, которые прямо не связаны с лечебным процессом, но создают для него условия.

в) *Стоимость выгода – выгода (cost benefit analysis)* – метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат и выгоды, представленных в денежном выражении;

г) *Стоимость – эффективность (cost effectiveness analysis)* – метод оценки эффективности альтернативных решений по соотношению затрат в денежном выражении и результатов изменений в здоровье в количественном, но не в денежном выражении (например, в количестве спасенных жизней или количестве дней без заболеваний);

д) *Стоимость – полезность (cost utility analysis)* – метод сравнительной оценки эффективности альтернативных решений, основанный на сопоставлении затрат в денежном выражении и пользы для населения в единицах его благополучия (например, индекс QALY (Quality-adjusted life-year) – это показатель качества жизни, приведенный к продолжительности жизни);

е) *Минимизация затрат (cost minimization analysis)* – метод сравнительного исследования затрат, при котором проводится анализ двух и более видов лечения, которые могут привести к аналогичным результатам. Но единственным различительным фактором являются различные экономические затраты.

1.5. Понятие об экономическом эффекте в здравоохранении

Экономический эффект – это предотвращенный экономический ущерб, то есть тот ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий.

Разница между экономическим ущербом вследствие заболеваемости до и после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и составляет *экономический эффект* здравоохранения (или *предотвращенный экономический ущерб*).

Экономический эффект в здравоохранении – один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков, и определяется как разница между доходами и затратами.

Выделяют *прямой* и *косвенный* экономический эффект:

Прямой экономический эффект обусловлен улучшением методики или организации того или иного мероприятия, ведущим к его удешевлению. Например: внедрение новых форм организации труда медицинских работников и оказания медицинской помощи (отделение сестринского ухода, стационар одного дня, стационар на дому, дневной стационар) ведет к экономии коечного фонда. Применение более дешевых и эффективных методов диагностики и лечения позволяет снизить стоимость лечения больного и стоимость одного койко-дня.

Косвенный экономический эффект является следствием медицинского и социального эффекта, то есть это результат улучшения профилактики и лечения, что в конечном счете ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств на борьбу с заболеваниями и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью.

Таким образом, так как основа экономики здравоохранения рациональное использование ограниченных ресурсов, получение максимального результата (эффекта) при минимальных затратах, важным остается анализ экономической эффективности системы здравоохранения в целом, деятельности отдельных ее отраслей, учреждений, подразделений, специалистов, комплексных программ и мероприятий в сфере здравоохранения.

1.6. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба

Экономический ущерб – общие экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью и смертностью населения. Предотвращенный экономический ущерб – это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т. д.

Здравоохранение является «отраслью сохранения и производства здоровья» и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране. Говоря о роли здравоохранения в экономике страны, прежде всего имеют в виду *предотвращенный экономический ущерб* (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Предотвращенный экономический ущерб (результат, эффект) = Экономический ущерб (до проведения мероприятий) – Экономический ущерб (после проведения мероприятий).

Различают: прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб: это прямые затраты на лечение, профилактику, санитарно–эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовку медицинских кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности. К потерям (экономическим издержкам) относятся затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов, которые используются на оказание населению медицинской помощи (амбулаторной, стационарной, санаторно–курортного лечения и т. д.). К прямым экономическим потерям относят пособия по социальному страхованию, пенсии по инвалидности.

Непрямой (косвенный экономический ущерб): это экономические потери, связанные со снижением производительности труда, непроектированной продукцией и снижением национального дохода на уровне народного хозяйства

в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти в трудоспособном возрасте. Косвенные экономические потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости (соотношение составляет примерно 9:1, т. е. 10% приходится на долю прямых экономических затрат из-за болезней, а 90% составляют косвенные потери). Для их предотвращения проводятся различные медицинские профилактические мероприятия – вакцинация, профилактика травматизма, диспансеризация и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди работоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работник, утративший трудоспособность, не участвует в производстве общественного продукта, а общество затрачивает на него свои ресурсы в форме пособий, пенсий, медицинского обслуживания, обучения инвалидов, в связи с переквалификацией, и различного рода льгот социального характера.

Для определения суммарного экономического ущерба от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособном возрасте для отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяют следующие расчеты:

а) Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) находится по следующим формулам:

✓ для работающего населения (*Заболеваемость с временной утратой трудоспособности* (ЗВУТ))

$$Узр = (Д + Бл) \times Тр + Запу \times Ч + Зст \times Тк,$$

✓ для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$Узн = Запу \times Ч + Зст \times Тк,$$

где: Д – стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день; Бл – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника; Тр – длительность лечения в рабочих днях; Запу – стоимость затрат на 1 посещение в АПУ; Ч – число посещений в АПУ; Зст – стоимость затрат на 1 койко-день; Тк – длительность лечения в календарных днях.

б) Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на одного инвалида) рассчитывают по формуле:

$$Уи = Д \times Тр + (П + С + Л) \times Тк,$$

где: Д – стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день); Тр – число рабочих дней, потерянных по инвалидности; П – размер пенсии по инвалидности в день; С – размер социальных льгот в день; Л – затраты на медицинское обслуживание инвалида в день; Тк – число календарных дней, проведенных на инвалидности.

в) Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на одного человека) рассчитывают по формулам:

$$\text{для мужчин: } Усм = (60 - V) \times Д, \text{ для женщин: } Усж = (55 - V) \times Д$$

где V – возраст умершего; D – среднегодовая стоимость продукции, недопроизведенной в результате преждевременной смертности.

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти экономический эффект (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывают, как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно–эпидемиологических мероприятий:

$$\mathcal{E} = Y_1 - Y_2,$$

где Y_1 – суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно–эпидемиологических мероприятий; Y_2 – суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно–эпидемиологических мероприятий.

Контрольные вопросы:

1. Что понимается под экономикой здравоохранения? Каков предмет экономики здравоохранения? Какие основные вопросы она решает?
2. Почему экономика здравоохранения стала развиваться именно в XX веке? Что такое здоровье? Здоровье как экономическая категория.
3. Каковы предпосылки появления экономики здравоохранения?
4. Какие факторы повлияли на формирование экономики здравоохранения как науки?
5. Перечислите основную группу проблем, которые рассматривает экономика здравоохранения.
6. Какие методы изучения экономики здравоохранения Вы знаете?
7. На каких уровнях рассматривается и изучается экономика здравоохранения.
8. Назовите экономические отношения, которые могут складываться в процессе трудовой деятельности в системе здравоохранения?
9. Что понимается под эффективностью в здравоохранении? Какие показатели характеризуют социальную, медицинскую эффективность в здравоохранении?
10. Как рассчитывается экономическая эффективность? Как рассчитывается экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидизации и смертности в трудоспособном возрасте.
11. Какова роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба? Виды ущерба.

2. ФИНАНСИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

2.1. Модели финансирования здравоохранения в мире

При большом разнообразии национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан;
- монополярная государственная модель здравоохранения;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Их принципиальные отличия друг от друга:

- источники финансирования здравоохранения;
- степень участия государства в финансировании здравоохранения;
- формы собственности производителей медицинских услуг;
- степень охвата населения программами государственной поддержки.

В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

В зависимости от преимущественных источников финансирования в современных условиях все модели здравоохранения можно условно разделить на три типа: бюджетная (государственная), страховая (социально–страховая), частная (негосударственная, или рыночная) (Рис.1). Экономические модели систем охраны здоровья разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

1. Государственная модель (бюджетная) известна как модель Бевериджа–Семашко. В данной модели значительная роль принадлежит государству. Государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. В странах с рыночной экономикой система бюджетного финансирования здравоохранения была сформирована и впервые применена в Великобритании в 1948 году, у ее истоков был английский ученый–экономист У. Беверидж. В СССР система бюджетного финансирования возникла еще в 1930–е гг., и называют по имени наркома здравоохранения Н. А. Семашко, который был ее создателем и идеологом.

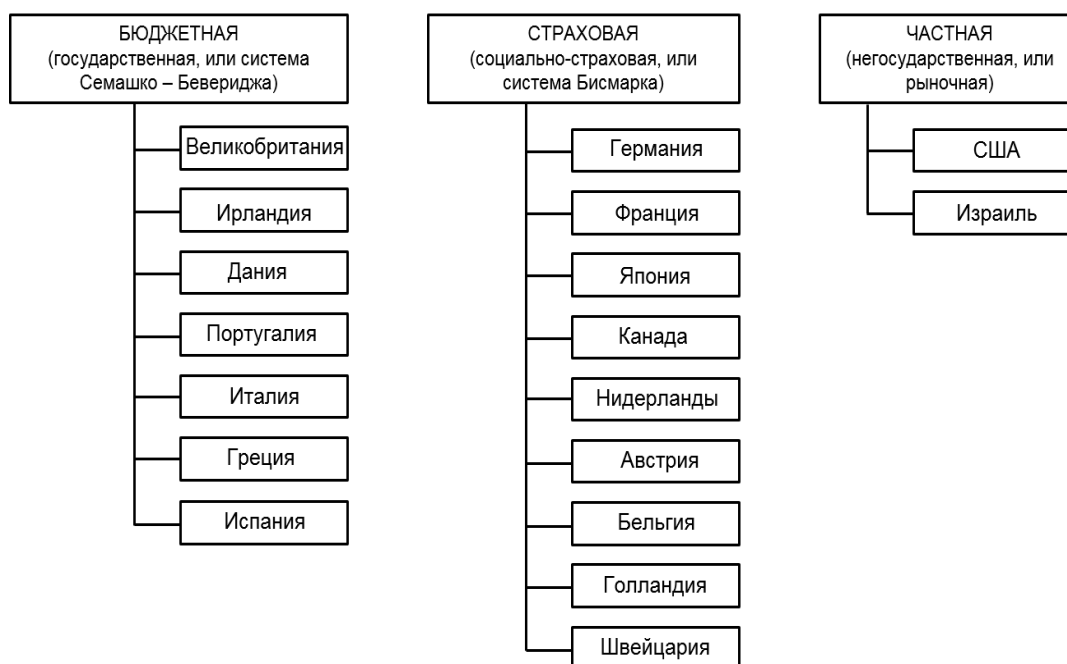


Рис. 1. Классификация моделей ведущих стран (Омельяновский В.В. и др., 2014)

Система Семашко, основанная на принципе общедоступности, гарантировала полное бесплатное пожизненное медицинское обслуживание гражданам. Основной канал финансирования – государственный бюджет. Финансирование здравоохранения (планирование, организация, контроль) осуществляется государством (до 90%) из бюджетных источников, а основным источником финансирования являются налоговые поступления.

Система бюджетного финансирования здравоохранения базируется на принципе бесплатности. Государство жестко контролирует большинство аспектов рынка медицинских товаров и услуг, устанавливает правила допуска и доступа на рынок. Преимущества данной системы: бесплатность и общедоступность, плановость развития, профилактическая направленность, экономичность.

2. *Страховая модель* (модель Бисмарка) – является наиболее распространенной в мире. Она основывается на принципах смешанной экономики, сочетая рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий. Страховая система была создана в Германии в 1883 году по инициативе канцлера О.Бисмарка. Она более технологична и оперативна, допускает ряд источников финансирования. Система Бисмарка основана на всеобъемлющем страховании здоровья и предполагает финансирование за счет средств, уплачиваемых страхователями в специальные фонды. Размер взноса устанавливается в виде определенного процента от размера заработной платы, тем самым обеспечивается солидарное

участие граждан в финансировании здравоохранения по принципу «здоровый платит за больного, богатый – за бедного». Данная модель подразумевает минимальное финансовое участие государства, большая часть финансирования страхования здоровья лежит на страхователях. Тем не менее фонды находятся под контролем государства и являются частью государственных финансов. Системой ОМС охвачено от 80 до 99,8% населения, что свидетельствует о высокой доступности медицинских услуг. Пациент имеет право свободного выбора врача и медицинского учреждения.

3. Для *частной модели* здравоохранения характерно оказание медицинских услуг преимущественно на платной основе, за счет частного страхования и личных средств граждан. Единая система государственного медицинского страхования отсутствует. Эта система наименее доступна для населения, мало нацелена на профилактику, но в то же время является наиболее динамичной и технологичной в силу выраженной конкуренции между производителями медицинских услуг. Рынок играет ключевую роль в удовлетворении потребностей в медицинских услугах. Государство берет на себя только те обязательства, которые не удовлетворяются рынком, т. е. покрывает медицинское обслуживание социально уязвимых категорий граждан – безработных, малоимущих и пенсионеров. Не все граждане могут позволить себе высококачественные медицинские услуги, и проблема доступности медицинской помощи, по мнению ряда экспертов, стоит здесь очень остро. Большая часть медицинских услуг оказывается частными ЛПУ и частнопрактикующими семейными врачами. Благодаря частным страховым компаниям уровень конкуренции на рынке медицинских услуг очень высок, что положительно сказывается на их качестве, но только для материально обеспеченной части населения. При этом рационального использования ресурсов не достигается. Роль государства в регулировании рынка медицинских товаров и услуг менее значительна, чем в бюджетной и социально – страховой системах.

В настоящее время ни в одной из экономически развитых стран указанные модели не представлены в чистом виде. В ряде государств преимущественное развитие получает то одна, то другая система. Наряду с тремя основными организационно–экономическими моделями здравоохранения существует еще и промежуточный вариант – бюджетно–страховая модель, которая содержит признаки социально–страховой и государственной медицины.

В современных условиях в нашей стране действует смешанная модель здравоохранения, переход к которой начался в 1991 г, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в РФ №1499–1.» (введен в 1993г.). С введением в действие закона «Об обязательном медицинском страховании

граждан в РФ» 3326–ФЗ от 29 ноября 2010г., в России произошел переход от полностью государственной системы финансового обеспечения здравоохранения к *бюджетно–страховой модели*, где медицинское страхование сочетается с бюджетным и платным здравоохранением, и здравоохранение имеет многоканальное финансирование.

2.2. Источники финансирования здравоохранения в России

Совершенствование и обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами остается важной проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан. Государство с помощью законов определяет источники финансирования здравоохранения в зависимости от реальных возможностей страны. По оценкам специалистов ВОЗ, затраты общества на здравоохранение должны быть не менее 6% ВВП. В ряде стран с социально ориентированной рыночной экономикой (Швейцария, США, Бельгия, Франция, Германия) этот показатель находится в пределах 7–12% ВВП. В нашей стране этот показатель колеблется от 3 до 4% расходной части бюджета, что считается недостаточным.

Рассмотрим следующие базовые понятия:

Финансы – это экономическая категория, выражающая отношения, объективно складывающиеся между людьми по поводу формирования и использования денежных средств. В основе этих отношений лежат сложнейшие процессы, происходящие в результате создания, распределения, обмена и использования ВВП и национального дохода.

Финансовая система – совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства.

Финансовая система включает три основных звена: государственные финансы, финансы населения и финансы предприятий. Система включает в себя также финансы организаций, отраслей, бюджетную, кредитно–банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование – обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др. Термин «финансирование» означает обеспечение денежными средствами потребностей расширенного воспроизводства медицинской помощи гражданам страны.

Три основные группы инвесторов вкладывают свои средства в обеспечение функционирования и развития здравоохранения. К ним относятся сами *пациенты, государство и страховые организации*. Этим трем группам инвестиционных источников соответствуют и три наиболее распространенные

системы финансирования здравоохранения - бюджетное, страховое и частное. Финансирование зависит от общественно–экономической формы организации: государственная, страховая, частная или смешанная.

При государственной системе основным источником финансирования является бюджет, сформированный из различных доходных статей, и из подоходного налога. При страховой – страховой взнос государственных предприятий, организаций и граждан. При частной – все медицинские услуги платные. При смешанной – могут присутствовать все формы финансирования в разной степени.

Основные источники финансирования здравоохранения в РФ:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан;
- средства государственных внебюджетных целевых фондов;
- доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;
- добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;
- другие источники, не запрещенные законодательством РФ.

Бюджет – это выраженная в денежной форме сумма доходов и расходов на определенный период времени (год, квартал, месяц).

Существует 3 уровня бюджетов: федеральный, бюджет субъектов РФ (краев, областей, округов), муниципальный органов местного самоуправления (городской, районный, поселковый). На каждом из уровней проводится регулирование бюджетов: составление бюджета (планирование), его утверждение, контроль за исполнением (доходов, расходов).

Большинство организаций здравоохранения являются *бюджетными учреждениями* (государственными (муниципальными)). Их финансовое обеспечение осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Однако, средства, выделяемые из бюджетов всех уровней, остаются крайне незначительными.

Бюджетные учреждения здравоохранения имеют дополнительные источники доходов (*внебюджетные средства*) от разных предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Среди внебюджетных средств выделяют:

1. Средства от оказания платных услуг – основной источник внебюджетных средств, включают доходы, получаемые от производства и реализации медицинских товаров и платных медицинских услуг. В условиях

перехода к рыночным отношениям эти средства приобретают большое значение как дополнительный источник финансирования деятельности здравоохранения.

2. Депозитные – денежные средства, поступающие во временное хранение бюджетным учреждениям с обязательством возврата по требованию владельца. К ним относятся залоговые (при проведении аукционов), денежные средства больных, находящихся на стационарном лечении в учреждениях, заработная плата работников, находящихся в командировке и т.д.

3. Безвозмездные поступления от физических и юридических лиц, от международных организаций и правительств иностранных государств, в том числе добровольные пожертвования. Например, суммы благотворительной помощи, добровольные пожертвования, безвозмездно переданного учреждениям здравоохранения.

4. Средства от иной приносящей доход деятельности – денежные средства, не входящие в предыдущие группы (плата за больничное общежитие, пансионат, оплата сервисных услуг, не относящиеся к платным медицинским услугам, и др.).

Наряду с бюджетными средствами учреждения здравоохранения получили возможность использовать *дополнительные источники* финансирования:

- доходы, получаемые от ценных бумаг и аренды помещений;
- экономия внутренних финансовых средств;
- операции с ценными бумагами;
- доходы от продажи различных технологий, методов лечения, информации;
- безвозмездные поступления от физических и юридических лиц, от международных организаций (добровольные пожертвования–денежные средства, получаемые бюджетными учреждениями от предприятий, учреждений и организаций).

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет Фонд социального страхования РФ – специализированное финансово–кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основными задачами Фонда социального страхования являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно–курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих, национального проекта «Здоровье» и других социальнозначимых программ.

2.3. Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования

С переходом на принципы медицинского страхования бюджетные ресурсы перестали быть ведущим источником финансирования. С введением в действие в 1993 году Закона "О медицинском страховании в Российской Федерации" (1991) в России начался процесс реформирования системы здравоохранения. Он был ориентирован на усовершенствование модели финансирования. Медицинское страхование является формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья, целями которой являются гарантия гражданам получения медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий. Медицинская помощь в системе медицинского страхования оказывается учреждениями любой формы собственности.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС). Внедрение принципов медицинского страхования изменило организационно–правовые принципы здравоохранения и источники его финансирования.

Цель введения ОМС – обеспечение конституционных прав всем гражданам РФ, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации, равных возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме соответствующих программ.

В России действуют Базовая и Территориальные программы ОМС, в рамках которых определяется, какая именно амбулаторно–поликлиническая и стационарная помощь, в каких учреждениях здравоохранения и при каких заболеваниях оказывается гражданам, проживающим постоянно или преимущественно на данной территории, за счёт средств ОМС, а также проведение каких именно мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение, осуществляется за счет указанных средств. Экономическую основу медицинского страхования составляют:

- государственные фонды здравоохранения;
- фонды обязательного медицинского страхования.

Финансовая основа государственной системы обязательного медицинского страхования – отчисления страхователей на обязательное медицинское страхование и бюджетные платежи за обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Важнейшая характеристика системы ОМС – целевое формирование средств на здравоохранение. Взносы работодателей и платежи муниципальных

органов на неработающую часть населения идут не в общий бюджет, а непосредственно на нужды здравоохранения. В классической модели ОМС основным источником поступлений является налог на заработную плату (взносы на ОМС), а роль бюджетов всех уровней сводится к выделению относительно небольших субсидий. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Фонды ОМС – это некоммерческие финансово–кредитные учреждения.

Организационно–экономические и правовые принципы ОМС:

- *всеобщность*: все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства имеют право на получение медицинских услуг, включенных в программу ОМС;

- *государственность*: средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС и обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными гражданами;

- *некоммерческий характер*: средства ОМС не могут стать доходом юридических и физических лиц, являющихся акционерами или учредителями страховых медицинских организаций, участвующих в операциях ОМС. Прибыль, получаемая от операций ОМС, может быть использована только на развитие системы ОМС и учреждений здравоохранения;

- *общественная солидарность и социальная справедливость*: все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется отдельными, нуждающимися в них лицами.

Законом "О медицинском страховании в РФ" определены участники (субъекты) обязательного медицинского страхования(рис.2).

Главной фигурой в системе ОМС являются застрахованные лица – граждане РФ, которые имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование (ОМС и ДМС);
- выбор страховой медицинской организации (СМО);
- выбор медицинского учреждения и врача (по договорам ОМС и ДМС);
- получение 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, СМО, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба,

независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.



Рис.2. Субъекты и участники ОМС (Медик, Юрьев, 2012).

Основные права и обязанности участников медицинского страхования отражены в Законе.

Страхователями в системе ОМС, т. е. теми, кто уплачивает страховые взносы за население при ОМС, в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» являются:

- для неработающего населения – органы исполнительной власти соответствующего субъекта Федерации;
- для работающего населения – работодатель, индивидуальные предприниматели, адвокаты, лица свободных профессий и т. д.

Основная обязанность страхователей – внесение взносов в систему ОМС, что служит одной из гарантий обеспечения стабильности системы.

Функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют страховые медицинские организации (СМО) и территориальные фонды ОМС (ТФОМС).

Страховые компании являются государственными некоммерческими организациями, не подчиненными органам здравоохранения. В соответствии с Законом страховые медицинские организации имеют право:

- выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и/или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и/или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховые компании заключают договоры с государственными, частными ЛПУ, частнопрактикующими врачами на оказание медицинских услуг застрахованным гражданам и финансируются за счёт средств территориального фонда ОМС. Важнейшими вопросами работы в условиях медицинского страхования являются:

- заключение договоров;
- цены на медицинские услуги;
- контроль их качества;
- взаиморасчеты;
- защита прав субъектов медицинского страхования.

Страховые компании в своей структуре имеют два отдела:

- отдел финансово–расчётной деятельности (накопление денежных средств на оплату стоимости медицинской помощи),
- отдел экспертизы оказания медицинских услуг застрахованным гражданам (это врачи, контролирующие качество оказания медицинской помощи и принимающие участие в отборе медицинских учреждений для участия в ОМС).

Взаимоотношения между страховыми медицинскими организациями (страховщиком) и медицинскими учреждениями регулируются договорами на предоставление стационарной и амбулаторной помощи по ОМС.

В системе ОМС предусматривается следующий порядок финансового взаимодействия субъектов:

- хозяйствующие субъекты–плательщики перечисляют страховые платежи в федеральный и территориальные фонды медицинского страхования;
- органы исполнительной власти перечисляют платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- территориальный фонд ежемесячно перечисляет на счета страховщиков средства для оплаты медицинских услуг с учетом среднестатистических нормативов и количества застрахованных;
- страховщики производят оплату, проверяют обоснованность счетов за медицинскую помощь, контролируют объем, сроки и качество ее предоставления;
- оплата счетов–фактур медицинских учреждений. Окончательный расчет осуществляется в соответствии с фактически выполненными объемами медицинской помощи.

Страховые взносы во внебюджетные фонды: кроме налогов и платежей в бюджеты разных уровней, все предприятия и организации уплачивают страховые взносы во внебюджетные фонды, размер которых рассчитывается от размера фонда заработной платы. С 2013года размер страховых выплат предприятиями во внебюджетные фонды рассчитываются следующим образом:

- в пенсионный фонд – 22% от фонда заработной платы
- в фонд социального страхования – 2,9%
- в федеральный фонд ОМС – 5,1%

Федеральный и территориальные фонды ОМС: Финансовые средства аккумулируются в фондах обязательного медицинского страхования – *федеральном* и *территориальных*. Они являются самостоятельными некоммерческими финансово–кредитными учреждениями и созданы для обеспечения стабильности государственной системы ОМС. Финансовые средства фондов не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

Основными функциями *федерального фонда* ОМС являются:

- финансирование целевых программ в рамках ОМС;
- разработка нормативно–методических документов для системы ОМС;
- сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы;
- контроль за целевым использованием средств системы ОМС;
- аккумулирование финансовых средств и осуществление финансово–кредитной деятельности для выполнения своих задач.

К основным функциям *территориальных фондов* ОМС относятся:

- аккумулирование финансовых средств территории на ОМС;
- финансирование ОМС, проводимого страховой медицинской организацией (СМО) (путем заключения соответствующих договорных отношений с СМО);
- выравнивание финансовых ресурсов городов и отдельных районов, расположенных в соответствующем регионе, направленное на реализацию ОМС;
- контроль за рациональным использованием финансовых средств ОМС (контрольные проверки финансово–хозяйственной деятельности ЛПУ, СМО);
- формирование финансовых резервов для обеспечения устойчивости системы ОМС.

Очень важной функцией территориальных фондов ОМС является выполнение роли «ответственного плательщика». Территориальные фонды ОМС оплачивают медицинскую помощь, оказанную гражданам Российской

Федерации медицинскими учреждениями, расположенными на данной территории в случае, если:

- отсутствуют сведения о СМО, застраховавшей гражданина;
- отсутствует страховой медицинский полис;
- медицинская помощь оказана лицам без определенного места жительства (бомж);
- медицинская помощь оказана жителям иных регионов (с последующими межтерриториальными расчетами с Территориальным фондом ОМС территории страхования гражданина), а также в некоторых других ситуациях.

Альтернативой системы обязательного медицинского страхования в России является добровольное медицинское страхование. ДМС – является частью личного страхования и видом финансово–коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», принятым в 1992 г. Под ДМС понимают страхование, обеспечивающее оплату в основном дополнительных медицинских услуг, не вошедших в программы ОМС.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливают страховые медицинские организации самостоятельно в зависимости от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных лиц и др. Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодатель), страховщиком и организацией здравоохранения.

2.4. Финансовые ресурсы медицинских организаций

Финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций является определяющим фактором финансовой стабильности, платежеспособности и конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг. Основой для этого являются финансовые ресурсы.

Финансовые ресурсы – это совокупность денежных средств, находящихся в хозяйственном обороте и используемых в процессе деятельности.

Финансовые ресурсы здравоохранения – совокупность всех видов денежных средств (рубли и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Классификация финансовых ресурсов учреждения здравоохранения:

- *по источникам привлечения:*

- внутренние (нераспределенная прибыль, амортизационные отчисления и т.д.),

- внешние (субсидии, субвенции, бюджетные средства, лизинг как форма финансирования без кредитования, кредит, факторинг).

- *по принадлежности:*

- собственные средства – это совокупные денежные средства, находящиеся в хозяйственном обороте и принадлежащие ЛПУ.

- заемные средства – это средства, не принадлежащие ЛПУ, но временно находящиеся в его распоряжении (кредиты, получаемые в банках, выпуск акций, собственных долговых обязательств и т. д.).

- *по видам:*

- долгосрочные (в виде основных фондов (капитала));

- краткосрочные (текущие) финансовые средства для каждого профессионально–производственного цикла.

Рассмотрим следующие базовые понятия финансовых ресурсов:

Субсидия – это сумма средств преимущественно в денежной форме, которая выделяется из бюджетов либо из специальных фондов для поддержания некой деятельности, доходы от которой на данный момент не покрывают нормативного размера расходов. По определению субсидирование производится либо из государственного бюджета, либо из местного бюджета; бюджета крупной производственно–хозяйственной организации или прибыли крупной компании. Возможно субсидирование банком либо юридическим лицом – спонсором.

Субвенции (из ФФОМС) – это форма денежной помощи местным бюджетам из государственного бюджета, которая предназначена для определенной цели как страховая сумма. Субвенции следует отличать от дотаций (не имеют целевого назначения), при которых денежная помощь от госбюджета не оговорена никакими условиями, и от субсидий, обозначающих дотации как бюджетам, так и разнообразным организациям за счет средств бюджета либо специальных фондов, которые формируются на основе взносов граждан и разнообразных компаний.

Кредит (ссуда) – это передача от одного лица другому лицу денежных средств на условиях срочности, возвратности и платности.

Лизинг – это совокупность экономических и правовых отношений, возникающих в связи с реализацией договора лизинга, в том числе приобретением предмета лизинга – это предприятия, здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и другое недвижимое имущество,

которое предоставляется лизингополучателю во временное владение или пользование.

Факторинг – это приобретение у клиента неоплаченных платежных требований (т. е. его дебиторской задолженности) за товар, работы или услуги.

Финансово–кредитная система РФ – совокупность различных сфер финансовых отношений, каждая из которых характеризуется особенностями в формировании и использовании фондов денежных средств.

Финансово–кредитная система РФ включает в себя:

- государственную бюджетную систему;
- внебюджетные специальные фонды;
- государственный и банковский кредит. Все вышеназванные институты относятся к централизованным финансам, которые используются для регулирования экономики и социальных отношений на макроуровне;
- фонды страхования (имущественного и личного);
- финансы хозяйствующих субъектов и отраслей, относящиеся к децентрализованным финансам, которые используются для регулирования и стимулирования экономики и социальных отношений на микроуровне.

Финансово–кредитная система РФ является формой организации стоимостных отношений. Поставщики финансовых ресурсов здравоохранения представлены следующими финансовыми институтами:

- государственные финансы и финансы другого уровня (финансовые ресурсы финансовые средства Федерального бюджета РФ, бюджета субъекта РФ, местного бюджета);
- денежно–кредитная система (финансовые средства ФФОМС, ТФОМС, филиалов ТФОМС, Фонда социального страхования, страховых медицинских организаций в условиях ДМС и ОМС);
- граждане (финансовые средства организаций здравоохранения в виде доходов от платных медицинских услуг, поступающие в учреждение здравоохранения, личные финансовые средства пациентов и их родственников).

Финансовая среда ЛПУ

Медицинская организация осуществляет финансовое взаимодействие с различными субъектами. Финансовая среда ЛПУ – это совокупность субъектов финансовых отношений. Среди таких субъектов выделяют:

Федеральное казначейство Российской Федерации – государственный финансовый орган, представляющий интересы государства и осуществляющий контроль системы исполнения федерального бюджета.

Территориальные фонды ОМС – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ.

Страховые медицинские организации – страховые организации, имеющие лицензию на осуществление деятельности в сфере медицинского страхования.

Фонд социального страхования – специализированное финансово–кредитное учреждение, обеспечивающее пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, а также социального пособия на погребение, санаторно–курортное обслуживание работников и их детей.

Пенсионные фонды – самостоятельные финансово–кредитные учреждения, обеспечивающие сбор и аккумуляцию страховых взносов, организацию и ведение персонифицированного учета застрахованных лиц, а также финансирование расходов, связанных с выплатой государственных пенсий, пособий по уходу за ребенком старше полутора лет, оказанием органами социальной защиты населения материальной помощи престарелым и нетрудоспособным гражданам.

Банки – предприятия сферы кредита, осуществляющие операции по сосредоточению на своих счетах временно свободных средств (вклады) и их предоставлению во временное пользование (ссуды).

Фондовые биржи – организованный и регулярно функционирующий рынок по купле–продаже ценных бумаг.

Лизинговые компании (фирмы) – коммерческие организации, выполняющие в соответствии с законодательством и со своими учредительными документами функции лизингодателей.

Факторинговые компании – коммерческие организации, осуществляющие в интересах третьих лиц операции по приобретению права требования на выполнение обязательств в денежной форме за поставленные товары или оказанные услуги.

2.5. Анализ финансово–хозяйственной деятельности медицинского учреждения. Финансовый контроль

В условиях рыночной экономики важно определить финансовую устойчивость организации, т. е. состояние финансовых ресурсов, чтобы путем эффективного их использования обеспечить бесперебойный процесс производства и реализации медицинских товаров, услуг. Обеспечение

финансовой устойчивости медицинских учреждений – основная задача экономического анализа медицинских учреждений.

Главная цель финансового анализа – получение основных и наиболее информативных показателей, финансового состояния организации, ее доходов и расходов, прибылей и убытков.

Анализ финансового положения организации позволяет также проследить тенденции ее развития, дать комплексную оценку хозяйственной, коммерческой деятельности.

Документом, отражающим как финансовое положение медицинского учреждения, так и результаты его финансовой деятельности, является «Баланс исполнения сметы расходов» и «Отчет об исполнении сметы доходов и расходов учреждений». Данные баланса отражают финансовое положение учреждения, его платежеспособность и доходность.

В *структуре доходов* определяется:

- доля средств, поступающих из государственного бюджета;
- из фонда ОМС;
- по договорам с предприятиями;
- за платные услуги;
- кредиты и другие заемные средства, прочие доходы.

В *структуре расходов* выделяют:

- заработная плата (в новых условиях – единый фонд оплаты труда, включающий заработную плату и фонд материального поощрения)
 - начисления на заработную плату;
 - расходы на питание;
 - расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств;
 - расходы на приобретение мягкого инвентаря и оборудование;
 - прочие статьи расходов (канцелярские, хозяйственные, командировки, амортизационные отчисления).
- учитывается приобретение оборудования и капитальный ремонт зданий.

Факторы, влияющие на финансовое состояние организации здравоохранения:

Внешние факторы: система финансирования (оплаты оказанных медицинских услуг); уровень тарифов; величина подушевых нормативов; налогообложения и т. п.

Внутренние факторы: структура организации здравоохранения; показатели работы учреждения и его подразделений; система стимулирования (система оплаты труда) и т.п.

Планирование потребности в финансовых средствах организаций здравоохранения осуществляется на основании составляемых смет.

Смета – это финансовый план предстоящих расходов на содержание учреждения, который должен быть обоснован необходимыми расчетами по каждой статье. Существует определенный порядок составления смет затрат организаций здравоохранения. Первоначально эти сметы составляются на уровне конкретной организации здравоохранения. Смета должна максимально точно отражать действительную потребность медицинского учреждения в финансировании.

Бюджетная смета – это документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета соответствующего уровня лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях.

Обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством.

Финансовый контроль – контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность учреждения.

Задача финансового контроля – это реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

Финансовый контроль осуществляют в виде *предварительного, текущего и последующего контроля*.

Предварительный контроль осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами субъекта РФ;
- территориальным фондом ОМС.

Текущий и последующий контроль в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

2.6. Экономический анализа деятельности лечебно–профилактических учреждений

Обеспечение финансовой устойчивости медицинских учреждений – основная задача экономического анализа медицинских учреждений. *Экономический анализ в учреждениях здравоохранения* – это совокупность приемов и методов сравнительной оценки показателей лечебно–производственной и финансовой деятельности.

Предметом экономического анализа является лечебно–хозяйственная деятельность учреждений (ЛПУ) и эффективное использование имеющихся ресурсов.

Основная цель – обеспечение эффективности деятельности медицинских учреждений.

Задачи экономического анализа медицинских учреждений:

- выявление потребности в медицинских услугах;
- изучение полноты удовлетворения потребностей;
- оценка эффективности использования ресурсов (трудовых, материальных, финансовых);
- выявление отклонений фактических показателей хозяйственной деятельности учреждений от нормативных и причины этих отклонений;
- подготовка аналитической информации для выбора оптимальных управленческих решений.

В условиях развития рыночных отношений значение проведения экономического анализа возрастает. При помощи анализа можно выявить «сильные» и «слабые» стороны деятельности конкретного медицинского учреждения.

Финансовые, материальные и трудовые ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми в процессе экономической деятельности и применяемыми для проведения экономического анализа деятельности ЛПУ.

Трудовые ресурсы – это персонал, научные работники, вспомогательный персонал, работники аппарата управления, которые по приобретенному образованию и по физическому состоянию, профессионально–

квалификационному уровню способные производить материальные блага или услуги и т. д.

Материальные ресурсы здравоохранения – это здания, сооружения, оборудования, транспорт, горюче–смазочные материалы, лекарственные средств и изделия медицинского назначения, расходные материалы, инструментарий, мягкий инвентарь, хозяйственные товары, сырье и другие материальные ценности, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Финансовые ресурсы здравоохранения – совокупность всех видов денежных средств (русская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Экономический анализ решает следующие вопросы:

- выявление резервов в использовании экономических ресурсов;
- поиска и внедрения передовых технологий лечебного процесса;
- оценки эффективности управленческих решений и медицинской помощи;
- поиска и выработки путей повышения эффективности работы учреждений.

Для оценки и анализа деятельности учреждений здравоохранения применяются методы:

- статистический,
- медико-экономический анализ,
- экспертных оценок,
- опрос населения,
- комплексный метод.

Документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово–хозяйственной деятельности, является *бухгалтерский баланс* (ББ). Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность.

В основу ББ положено основное уравнение бухгалтерского учета:

$$\text{Активы} = \text{Пассивы}$$

Активы бухгалтерского баланса – это часть баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации. Активы – это экономический

ресурсный потенциал, который может быть трансформирован в денежный поток для осуществления финансово–хозяйственной деятельности.

Пассивы бухгалтерского баланса – это часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

Бухгалтерский баланс отражает равновесие или равенство активов и пассивов, т. е. ресурсов, находящихся в распоряжении организации, и источников денежных средств, за счет которых сформированы эти ресурсы.

Одним из важнейших свойств активов организации является их *ликвидность*.

Ликвидность активов – способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализовывать для погашения денежных обязательств организации.

Большую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют *основные средства*.

Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы) – одна из составных частей активов организации, которые длительное время используются для проведения производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

Основные фонды ЛПУ – это материальная основа его функционирования. В их структуру входят активная и пассивная части. Стоимостным отражением основных фондов является основные средства:

– пассивная часть – это здания, сооружения, передаточные устройство. На их долю приходится 80% основных средств;

– активная часть – это приборы, аппараты, медицинская техника и т. д. На их долю приходится 20%.

Показатели стоимости и состояния основных средств: Общий объем основных средств может быть определен только в денежном выражении. Для этого рассчитывают их балансовую стоимость.

1) *Балансовая стоимость* – это стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения. В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу. Износ основных фондов – это частичная или полная утрата основными фондами потребительских свойств.

2) *Физический износ* – утрата основными средствами своей потребительной стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования. Физический износ основных средств может быть следствием их эксплуатации, влияния внешних (природных) факторов, чрезвычайных обстоятельств (пожар, наводнение и др.).

3) *Моральный износ* – уменьшение стоимости основных средств на фоне научно–технического прогресса и роста производительности труда. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

Своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств, прежде всего, диагностического и лечебного медицинского оборудования, в здравоохранении имеет важное значение. От технических и эксплуатационных характеристик (к примеру: рентгенодиагностических комплексов, оборудования для проведения лучевой терапии) зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала, поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

4) *Реновация* – замещение выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми. Реновация является необходимым условием обеспечения качества и безопасности производимых медицинских товаров и услуг и должна осуществляться в пределах амортизационного фонда за счет амортизационных отчислений.

Основные экономические показатели использования основных средств:

- Фондовооруженность труда – оснащенность труда основными производственными фондами.
- Фондоотдача – обобщенный показатель использования всей совокупности основных производственных фондов.
- Производительность труда – количество продукции, производимое в единицу времени.
- Рентабельность – отношение прибыли, полученной от реализации определенного вида продукции к полной себестоимости ее изготовления.
- Прибыль – чистый доход.
- Себестоимость – затраты на производство и реализацию продукции (услуги), выраженные в денежной форме.

Информационной базой для проведения анализа служат:

- официальные документы, регулирующие деятельность медицинских учреждений;
- планово–нормативная документация, хозяйственные договоры и соглашения;
- бухгалтерская и статистическая отчетность;
- акты ревизий, справки обследований и проверок, объяснительные записки, заявления и жалобы населения.

Экономический анализ деятельности ЛПУ необходим при организации платных медицинских услуг. Руководители разных уровней ЛПУ должны уметь анализировать результаты и затраты, рассчитывать потребности в финансовых ресурсах и определять экономическую эффективность платной медицинской деятельности.

По содержанию и аспектам исследования различают:

Финансово–экономический анализ – изучение стоимости показателей и финансовых результатов (себестоимости, прибыли, рентабельности, стоимостного объема услуг, обеспеченности финансовыми ресурсами).

Технико–экономический анализ – оценивает уровень технической оснащенности, применяемые медицинские технологии и уровень организации работы ЛПУ, организацию лечебно–диагностического процесса с позицией их влияния на результаты деятельности учреждения, на экономические показатели.

Функционально–стоимостной анализ – направлен на поиск экономических видов медицинских услуг, определение трудозатрат и нормирование труда, определение необходимой технической оснащенности по различным видам предоставляемой медицинской помощи.

По времени проведения анализ бывает:

- текущий (изучения деятельности учреждений по отчетным периодам (месяц, квартал, год),
- оперативный (постоянный контроль за ходом деятельности медицинских учреждений и эффективностью использования всех видов ресурсов),
- перспективный (выявление перспективных элементов, способных коренным образом улучшить функционирование учреждения).

По полноте охвата различают: полный, локальный, тематический анализ.

По видам показателей: натуральные; трудовые; финансовые.

По сфере анализируемых явлений: медицинские; экономические; кадровые.

По методам изучения объектов: комплексный, сплошной, выборочный.

По периодичности проведения: систематический и разовый.

По детализации изучения деятельности: учреждения в целом, подразделения, отдельного работника.

Основные направления экономического анализа деятельности ЛПУ:

- использование основных средств;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование труда медицинских кадров;

- повышение качества и конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг (производимой продукции);
- внешнеэкономическая деятельность;
- финансовая устойчивость и платежеспособность объектов здравоохранения;
- формирование и использование доходов и прибыли;
- изменения в области стратегического и текущего планирования, а также оценка результатов производственно–хозяйственной деятельности учреждений (предприятий).

Завершающим этапом анализа экономической деятельности организаций здравоохранения является оценка их финансовых результатов.

Финансовые результаты организации здравоохранения – итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

Прибыль – экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.

Затраты (издержки) – расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг

Выделяют переменные затраты и постоянные затраты.

Переменные затраты – издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции. К ним относятся: заработная плата персонала, непосредственно занятого в производстве, стоимость потребленных материальных ресурсов (материалы, сырье, энергоносители, тара и др.), расходы на рекламу, налоги (НДС), платежи, зависящие от объема производства и др.

Постоянные затраты – издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства. К ним относятся: амортизация основных средств, заработная плата управленческого персонала, налоговые отчисления, платежи во внебюджетные фонды, арендная плата, ставка банковского процента по кредитам и др.

2.7. Оплата труда в здравоохранении

Оплата труда одна из самых трудноразрешимых проблем в экономике любой отрасли. При этом важная из проблем – в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду. Особое место в экономике здравоохранения занимает проблема оплаты труда наемных работников.

Заработанная плата – главный источник формирования денежных доходов работника. Основные функции заработной платы:

– *воспроизводственная* (связана с ведущей целью деятельности человека – изысканием средств для обеспечения жизнедеятельности. Зарплата должна обеспечить удовлетворение минимальных потребностей людей.

– *компенсаторная* (связана с необходимостью возмещения дополнительных затрат труда или ущерба здоровью, вызванные тяжелыми или вредными условиями труда – загрязненностью химическими или иными воздействиями, опасностью заражения, работой в неблагоприятных регионах и т. д.)

– *оценочная* (позволяет оценить работу трудового вклада работника через выработанные критерии – объем работы, отработанное время, квалификация)

– *стимулирующая* (нацеливает на достижение определенных количественных и качественных результатов, обеспечивая соответствие уровня оплаты количеству вложенного труда).

Основные формы оплаты труда медицинских работников: повременная, сдельная, контрактная.

а) при *повременных формах* оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы;

б) *сдельная форма* оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще – за месяц);

в) *контрактная* форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы.

Заработная плата в здравоохранении состоит из должностного оклада (ставки), а также доплат и надбавок, предусмотренных действующим законодательством. Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий.

Основные понятия в сфере оплаты труда

Окладная система оплаты труда (ОСОТ) – совокупность окладов, надбавок к ним и доплат, установленных за выполнение трудовых обязанностей и норм труда в соответствии с базовым коэффициентом и коэффициентами надбавок и доплат.

Базовая единица – величина, принимаемая для расчета должностных окладов и тарифных ставок (окладов) работников государственных учреждений, финансируемых за счет средств бюджета.

Базовый коэффициент – относительная величина, зависящая от уровня образования и применяемая для определения базового оклада.

Базовый оклад – размер оплаты труда работника, рассчитанный как произведение базовой единицы на базовый коэффициент.

Повышающий коэффициент – относительная величина, определяющая размер повышения базового оклада.

Должностной оклад – минимальный уровень оплаты труда работника, относящегося к конкретной профессионально–квалификационной группе, выплачиваемый при соблюдении установленной трудовым законодательством РФ продолжительности рабочего времени или выполнении норм труда, выполнении работы с определенными условиями труда.

Тарифная сетка – совокупность тарифных разрядов работ (профессий, должностей), определенных в зависимости от сложности работ и квалификационных характеристик работников с помощью тарифных коэффициентов.

Тарифная ставка (оклад) – фиксированный размер оплаты труда работника за выполнение нормы труда определенной сложности (квалификации) за единицу времени.

Доплаты – дополнительные выплаты к окладам, носящие компенсационный характер (дополнительные трудовые затраты работника, которые связаны с условием труда, характером отдельных видов работ: в ночное время; за работу сверх рабочего времени; за совмещение должностей; за работу в выходные и праздничные дни).

Надбавки – дополнительные выплаты к окладам, носящие стимулирующий характер (могут быть постоянными или временными).

Материальное стимулирование медицинских работников ЛПУ может осуществляться тремя основными путями:

1. Стимулирование количественных показателей деятельности (число койко–дней, пролеченных больных, оказанных медицинских услуг и т. д.).

2. Стимулирование качественных показателей деятельности (уровень качества лечения, снижение количества осложнений в результате лечения, удовлетворенность пациентов и т. д.).

3. Стимулирование количественных и качественных показателей деятельности.

Фонд оплаты труда – суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

Финансовые средства организаций здравоохранения распределяются на две составляющие:

- первая – фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды;
- вторая – средства, направляемые на содержание и развитие организаций здравоохранения.

В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями организации здравоохранения, а в рамках подразделений – между сотрудниками с учетом квалификационных групп и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы. Механизм реализации системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником бюджетного учреждения здравоохранения.

2.8. Порядок оказания медицинских услуг

В настоящее время в системе здравоохранения РФ действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи:

- *бесплатная* – за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений.
- *платная* – за счет средств граждан, предприятий и других источников.

В соответствии с Конституцией РФ (ст. 41 п. 1), в РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказываются и платные услуги, составляющие (по экспертным оценкам) около 30% всего объема медицинской помощи.

Бесплатные медицинские услуги оказываются населению в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», это:

- скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- амбулаторно–поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;
- стационарная помощь (при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии; при патологии беременности, родах и абортах);
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан доступной и достоверной информацией (сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов).

В соответствии со ст. 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и статьей 39 Закона РФ "О защите прав потребителей" граждане имеют право на получение *платных медицинских услуг*, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством РФ (постановление Правительства РФ от 2012 года "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями", вступившими в силу с 1 января 2013 года).

Учреждения здравоохранения могут оказывать медицинские услуги населению (как бесплатные, так и платные) только при наличии лицензии и аккредитации. По закону все медицинские учреждения независимо от форм собственности подлежат лицензированию и аккредитации.

Лицензирование – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС и добровольного медицинского страхования.

Медицинская лицензия (лицензия на медицинскую деятельность) – это документ, подтверждающий право субъекта (учреждения здравоохранения) заниматься медицинской практикой. Существует более ста направлений медицинской практики, для которых необходимо получение медицинской лицензии. Лицензия на медицинскую деятельность содержит четкий перечень врачебных специальностей, точно соответствующих номенклатуре МЗ РФ.

Аккредитация учреждения здравоохранения – определение соответствия медицинских учреждений профессиональным стандартам. Это официальное

признание наличия в учреждении здравоохранения условий для качественного, определенного уровня медицинского обслуживания населения, соблюдения им стандартов в сфере здравоохранения, соответствия медицинских (фармацевтических) работников единым квалификационным требованиям. Лицензирование и аккредитация в области здравоохранения направлены на повышение качества.

2.9. Государственно–частное партнерство (ГЧП) в здравоохранении

Термин «государственно–частное партнерство» появился в начале 1980–х годов для характеристики особых отношений между государством и частным сектором. Как правило, эти отношения складывались и развивались в сфере производственной и социальной инфраструктуры.

Государственно–частное партнерство (ГЧП) в сфере здравоохранения – *взаимовыгодное и равноправное* сотрудничество государства с частным юридическим или физическим лицом в реализации социально значимых проектов, которое осуществляется путем заключения и исполнения соглашений, в том числе концессионных.

В области модернизации здравоохранения развитие механизмов взаимодействия государства и бизнеса предусматривает государственно–частное партнерство и другие формы привлечения частного капитала для развития инфраструктуры отрасли.

Цель ГЧП в здравоохранении – объединение возможностей, ресурсов и квалификации партнеров для того, чтобы достигать наилучших финансовых и материальных результатов с максимальной обоюдной выгодой.

Основная задача ГЧП в здравоохранении – обеспечить доступность высококачественных медицинских услуг для пациентов в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В качестве основной области, в которой в перспективе может развиваться ГЧП в здравоохранении, государственная власть рассматривает прежде всего первичное звено оказания медицинской помощи, а также высокотехнологичную медицинскую помощь.

Сфера применения проектов ГЧП в здравоохранении может быть достаточно широкой. Это могут быть и проектирование, строительство, эксплуатация и управление инфраструктурой медицинских учреждений; и предоставление медицинских услуг; и внедрение новой медицинской техники, инструментов и оборудования.

Внедрение инновационных практик лечения, технологическое оснащение клиник, улучшение качества оказания медицинской помощи, формирование

новой институциональной структуры сферы здравоохранения обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций. Особую актуальность данные вопросы приобретают в современных экономических условиях, когда прогнозируется значительное сокращение бюджетных расходов на здравоохранение.

К основным механизмам государственно–частного взаимодействия в сфере здравоохранения относятся:

- концессии;
- лизинг;
- франшиза;
- аутсорсинг;
- сделки по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности;
- аренда государственного имущества с возложением на арендатора обязательств по проведению текущего и капитального ремонта арендуемого имущества;
- участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- создание коммерческих организаций.

Наиболее перспективная форма государственно–частного взаимодействия в здравоохранении – это передача частному партнеру в концессию объектов государства (недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских учреждений, а в последующем – оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости вложенных частным партнером инвестиций и получение им прибыли (одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной основе).

Таким образом, ГЧП представляет собой юридически закрепленную на определенный срок форму взаимодействия между государством и частными организациями в отношении объектов государственной и муниципальной собственности, а также услуг, оказываемых государственными и муниципальными органами, учреждениями и предприятиями в целях реализации общественно значимых экономических проектов.

Принципы такого взаимодействия:

- законность, социально–экономический эффект и эффективность;
- обоснованность принимаемых органами государственной власти управленческих решений;
- взаимовыгодность;
- объединение ресурсов ради достижения конкретного результата;

- распределение ответственности и рисков между публичными и частными партнерами;
- сохранение профиля объектов здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой населению бесплатной медицинской помощи, а также ее доступности и качества;
- мониторинг и контроль над реализацией проектов государственно–частного взаимодействия.

При соблюдении данных принципов между государством и коммерческой организацией заключается договор по объекту инфраструктуры или общественной услуги. Предполагается софинансирование совместных проектов в определенных долях государством и частными компаниями, разделение рисков между участниками и фиксированный срок ГЧП.

Выгоды государства – это экономия бюджетных средств при реализации социально значимых проектов здравоохранения, доступ к технологиям и интеллектуальным ресурсам высокого профессионального уровня, повышение качества государственных услуг.

Недостаток ГЧП – государство не может единолично распоряжаться объектами, находящимися в совместном ведении. Частные компании также несут риски потери собственности в случае смены экономических приоритетов государства.

ГЧП = распределение рисков, компетенций, ответственности.

Вхождение частного капитала в медицинский сектор сегодня является общемировой тенденцией. ГЧП развито в Великобритании, других странах Западной Европы и США. В Великобритании на долю ГЧП в здравоохранении приходится 12% от всех отраслевых проектов.

По данным Министерства здравоохранения РФ в рамках государственно–частного партнерства в 24 регионах РФ активно развиваются инфраструктурные проекты: фельдшерско–акушерские центры, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины. Так, ГЧП в сфере здравоохранения развивают республики Татарстан, Северная Осетия–Алания, Кабардино–Балкария, а также Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край и город Москва.

Перспективной сферой внедрения ГЧП является система ОМС. Введение в практику возможности частичного зачета средств ОМС при лечении в частной клинике будет способствовать интеграции частного сектора в систему оказания медицинской помощи населению, развитию ДМС, изменению налогообложения прибыли медицинских организаций и бизнеса, вкладывающего деньги в развитие здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Какие социально-экономические модели здравоохранения существуют в экономически развитых странах? Каковы их особенности?
2. Дайте определение понятия «финансы», «финансовая система», «финансирование». Что включают в себя финансовые ресурсы здравоохранения?
3. Перечислите основные источники финансирования здравоохранения в современных условиях? Что такое внебюджетные средства?
4. В каких целях проводится экономический анализ в учреждениях здравоохранения? Перечислите основные показатели, характеризующие финансовые результаты деятельности организации здравоохранения.
5. Что такое «финансовый контроль»? Какие органы и в каких формах осуществляют финансовый контроль в здравоохранении?
6. Дайте определение понятия «обязательное медицинское страхование». Что такое страховой случай?
7. Каково значение медицинского страхования? В каком году был принят действующий закон об ОМС в РФ? Перечислите основные принципы развития ОМС. Каковы особенности ДМС?
8. Назовите основные источники формирования средств ОМС, ДМС.
9. Что такое ГЧП? Какова цель ГЧП в здравоохранении? В чем преимущества для государства.
10. Какие формы оплаты труда медицинских работников вы знаете? Что такое фонд оплаты труда?

3. РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

3.1. Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Экономические перемены в здравоохранении связаны с переходом на рыночные отношения.

Рыночная экономика – совокупность хозяйственных отношений в обществе, регулируемых рыночным механизмом. В рыночной экономике координация хозяйственной жизни и управление ею осуществляются через систему рынков, цен, прибылей и убытков в условиях конкуренции. Здравоохранение в условиях современной рыночной экономики в той или иной мере использует ее законы и принципы для решения своих задач.

Рынок – это совокупность социально-экономических отношений в сфере производства, распределения, обмена и потребления товаров и услуг.

Основные принципы функционирования рынка:

- свободное предпринимательство;
- равноправие разных форм собственности;
- конкуренция;
- возмездность;
- эквивалентность обмена;
- взаимовыгодность.

В современной рыночной теории выделяют три основных рынка: рынок товаров и услуг; рынок факторов производства (земли, полезных ископаемых, рабочей силы); финансовый рынок.

Рынок медицинских услуг является частью рынка здравоохранения.

Рынок медицинских услуг – это совокупность медицинских технологий, медицинской техники, методов организации медицинской деятельности в условиях конкурентной экономики.

Рынок медицинских товаров и услуг – это сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

Товары медицинского назначения – это комплекс медицинских услуг, а также медицинская аппаратура, лекарства, медицинские и профилактические процедуры, способные удовлетворить потребность человека в поддержании и укреплении его здоровья.

Основные виды товаров и услуг в здравоохранении:

- Предметы медицинского назначения – лекарственные препараты, перевязочные средства, медицинское оборудование, техника, предметы ухода и др.
- Услуги – медицинские, парамедицинские, гостиничные, образовательные, бытовые, сервисные, юридические, нотариальные и т. д.
- Медицинская информация – для работников здравоохранения, для пациентов, массовая информация (телевидение, газеты, журналы), для спонсоров, учебная информация, рекламная информация и т. д.

Рынок как развитая система отношений товарного обмена представляет собой систему отдельных, взаимосвязанных рынков (рис.3).

Основные условия развития рыночных отношений в здравоохранении:

- многообразие форм собственности и видов хозяйствования;
- неограниченное число участников, свободный доступ на рынок;
- равный доступ всех медицинских учреждений и коммерческих организаций к имеющимся ресурсам;

– наличие у каждого участника рынка полного объема информации о рынке медицинских услуг;

– использование свободной (равновесной, рыночной) цены в соответствии с законом равновесия спроса и предложения.

С развитием элементов рыночных отношений в здравоохранении появилось понятие *медицинский субъект*.

Особенности рынка в сфере медицинских услуг:

1) На рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:

- производитель, продавец медицинских товаров и услуг (медицинское учреждение, медицинский работник);

- покупатель (пациент, работодатель, государство);

- посредник (страховые медицинские организации (СМО)).

2) В здравоохранении намного больше проявляется асимметрия информации у производителя и потребителя в отношении потребительских свойств получаемой услуги.

3) Здравоохранение – это сфера, где существует абсолютное доверие к продавцу (врачу).

4) Медицинскую услугу легко продать, но она должна быть качественной.

5) Высокая приоритетность медицинской услуги.

6) Нет четкой связи между затратами труда медицинских работников и конечным результатом.

7) В здравоохранении на первом месте стоит социальная и медицинская эффективность, а экономическая эффективность, хотя и имеет большое значение, ставится на последнее место.



Рис. 3. Структура рынка медицинских услуг (Тлепцерищев Р.А., Трушкин А.Г. и др., 2009).

Специфические черты рынка медицинских услуг:

- выраженная сезонность спроса;
- территориальные особенности спроса (определяемые демографическими особенностями и заболеваемостью населения);
- высокая изменчивость рыночной конъюнктуры;
- особенности оказания медицинской услуги, которые обусловлены личным контактом медицинского работника и пациента, что, с одной стороны, может вести к «форсированию» спроса, а с другой стороны, снижать его при наличии неудовлетворенности потребителя;
- сложная структура спроса на услуги здравоохранения, обусловленная индивидуальными особенностями пациентов;
- «асимметричность» информации на рынке медицинских услуг.

Недостаток медицинских знаний делает пациента как потребителя уязвимым по отношению к врачу, который может диктовать условия экономических отношений. Влияние врача и на спрос, и на предложение. Этим же определяется не всегда рациональное потребительское поведение пациента.

Рынок выполняет несколько функций и оказывают воздействие на развитие здравоохранения, выполняя ряд важных функций:

Информационная функция: через меняющиеся цены рынок дает участникам производства объективную информацию о необходимом для населения количестве и качестве услуг (товаров), поставляемых на рынок.

Посредническая функция: производители должны обмениваться результатами своего труда. Без рынка невозможно определить взаимовыгодность обмена.

Ценообразующая функция: на рынок поступают товары и услуги одного назначения, но различающиеся по затратам на их производство. рынок признает лишь общественно необходимые затраты, только если их согласен оплатить потребитель.

Регулирующая функция: через конкуренцию рынок регулирует снижение затрат на единицу оказываемых услуг, повышение их качества, поощряет научно–технический прогресс.

Функция санирования: через механизм конкурентной борьбы происходит очищение рынка от экономически неустойчивых, хозяйственно нежизнеспособных единиц и дается «зеленый свет» эффективным организациям.

Стимулирующая функция: побуждение производителей к созданию новой продукции, к созданию необходимых товаров с наименьшими затратами и получением достаточной прибыли. Очень важна для развития экономики.

Функция экономичности: предполагает сокращение издержек обращения в сфере потребления (затрат покупателей на покупку товаров) и соразмерности спроса населения с заработной платой.

Последствия внедрения рыночных отношений в здравоохранение:

- изменение характера отношений между субъектами здравоохранения (переход из административных в преимущественно экономические);
- изменение системы финансирования здравоохранения (появление новых источников финансирования, новых вариантов оплаты медицинских услуг);
- изменение роли государства (оно теперь выступает не только гарантом предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, но и одним из покупателей медицинских услуг для населения);
- изменение форм собственности ЛПУ и развитие коммерческого сектора в здравоохранении.

3.2. Основные категории рынка

Основные понятия рынка: *спрос, предложение, услуга, цена, конкуренция, маркетинг.*

Спрос – применительно к здравоохранению спрос (потребность) – это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских услуг:

Отрицательный спрос: на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, дорогостоящие процедуры и др.;

Скрытый спрос: отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.;

Падающий спрос: падает спрос на изделия медицинского назначения многократного использования, лекарственные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на изделия медицинского назначения однократного использования, импортные лекарственные препараты;

Чрезмерный спрос: спрос на неотложную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные с хроническими

заболеваниями нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Нерегулярный спрос: обусловлен сезонными временными колебаниями, например спрос на санаторно–курортное лечение выше в весенне–летний период, чем в осенне–зимний. Обращения к отдельным врачам–специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).

Выделяют также форсированный спрос, обусловленный воздействием рекламы.

Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по формуле:

$$C = N \times П,$$

где *C* – спрос на медицинские услуги; *N* – число пациентов;

П – показатель обращаемости населения за медицинскими услугами.

Важнейшее свойство спроса заключается в том, что при неизменности всех прочих параметров (условий) снижение цены ведет к соответствующему увеличению величины спроса. И наоборот, повышение цены ведет к соответствующему уменьшению величины спроса. Наличие обратной связи между ценой и величиной спроса является содержанием *закона спроса*.

При снижении цены у потребителя появляется желание приобрести больше таких товаров или услуг. Кроме того, при наличии низких цен на какие–то товары (услуги) у потребителя появляется стимул приобрести дешевые товары (услуги) вместо аналогичных, но более дорогих.

Факторы, влияющие на уровень спроса:

- уровень денежных доходов населения;
- потребительские ожидания относительно будущих цен и доходов;
- число потребителей на рынке;
- демографическая ситуация (возрастно–половая структура населения);
- вкусы и предпочтения населения.

Выделяют также форсированный спрос, обусловленный воздействием рекламы.

Предложение – это масса товаров и услуг, которые предлагаются для реализации. Существует прямая зависимость между ценой и предложением. Закон предложения гласит: «предложение, при прочих равных условиях, изменяется в прямой зависимости от изменения цены».

Медицинская услуга – структурный элемент профилактической, лечебно–диагностической, реабилитационной, санаторно–курортной, санитарно–эпидемиологической, лекарственной и других видов помощи, имеющий определенную стоимость и оказываются медицинскими работниками.

Медицинская услуга может быть:

- *простой* (диагностическая манипуляция, осмотр врача, измерение артериального давления и др.),
- *комплексной* (совокупность простых услуг),
- *стандартной* (оказывают по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов),
- *индивидуальной* (охватывает широкий спектр диагностических, лечебных процедур, большой набор лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

Особенности медицинских услуг:

- неосязаемость;
- несохраняемость;
- вариабельность качества;
- неоднозначность в оценке результата;
- медицинская услуга – это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).

Специфические черты рынка медицинских услуг:

- Особенности динамики спроса на медицинские услуги (спрос уменьшается летом и увеличивается зимой).
- Особенности территориальной сегментации рынка, которая зависит от структуры заболеваемости населения данного региона.
- Относительно высокая скорость оборачиваемости капитала, т.к. производство медицинской услуги представляет собой короткий цикл.

Медицинские товары и услуги обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и является одним из инструментов регулирования этого рынка.

Цена – это та сумма денег, за которую покупатель может купить, а продавец готов продать данный товар или медицинскую услугу. Цены представляют собой мощный рычаг управления экономикой. Цена как денежное выражение стоимости услуги формируется при взаимодействии на рынке носителей спроса и предложения, т. е. пациента и производителя услуг (врача).

Цена спроса – это та максимальная цена, по которой потребитель согласен получать данную услугу (приобретать товар). Потребитель, располагая определенными денежными средствами, может приобрести определенное количество услуг (товаров). И, таким образом, цена спроса диктуется потребителем.

Цена предложения – это та минимальная цена, по которой производители услуг (или товаров) еще готовы их оказывать (продавать). Цена предложения

должна полностью окупать затраты на оказание услуг (производство товаров) и приносить прибыль. Производитель заинтересован в оказании услуг (продаже товаров) по наиболее высоким ценам. Таким образом, цена предложения диктуется производителем.

Конкуренция – главное звено рыночного механизма; это состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

На рынке товаров и услуг здравоохранения *конкурентными участниками* могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения – по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон важны для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. К конкурентным преимуществам участников рынка медицинских товаров и услуг относят:

- исключительность, уникальность предлагаемых товаров и услуг;
- приемлемая цена предложения, не превышающая цен предложения другими участниками;
- более высокое качество товаров и услуг;
- более обширный ассортимент товаров и услуг;
- гарантии качества и надежности, обеспеченные возможностью замены, повторной услуги, устранения дефектов, компенсации потерь;
- удобное для клиентов местоположение пункта продажи, оказания услуг;
- удобный для пациентов режим работы врачей;
- наличие ценовых скидок для определенных категорий потребителей, сезонных скидок, оптовых скидок;
- высокая культура обслуживания.

Конкурентные преимущества рассматривают как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного страхования.

3.3. Маркетинг в здравоохранении

Термин «*маркетинг*» происходит от английского «*market*» (рынок) и означает деятельность в сфере рынка сбыта. Существует несколько определений маркетинга:

Маркетинг – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителей к потребителю или пользователю (Ральф Александер, 1960).

Маркетинг – это вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена (Филипп Котлер, 1991).

Маркетинг в здравоохранении – это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно–профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского значения) к потребителям, а также процессом их реализации (Американская медицинская ассоциация).

Маркетинг в здравоохранении – есть система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем (В. З. Кучеренко, Н. И. Филатов (1991)).

Сущность маркетинга: «Найти потребность и удовлетворить ее». Маркетинг в широком смысле – это концепция приоритетности рыночного спроса.

Необходимость использования маркетинга в здравоохранении обусловлена формированием элементов рыночных отношений, с развитием частного сектора на рынке медицинских товаров и услуг.

Основные предпосылки внедрения маркетинга в здравоохранении:

- уменьшение обращаемости населения за медицинской помощью;
- ухудшение состояния здоровья населения;
- повышение требований к качеству медицинской помощи;
- рост издержек на производство медицинских услуг;
- превышение предложения медицинских услуг над спросом;
- развитие негосударственных медицинских учреждений;
- появление новых источников финансирования со стороны независимых от государства покупателей медицинских услуг;
- изменение методов финансирования медицинских учреждений.

Маркетинг в медицине – это система изучения рынка медицинских услуг с целью формирования и удовлетворения запросов потребителей (реализацией

комплекса оздоровительно–профилактических, санитарно–гигиенических и лечебных услуг, лекарственных средств, изделий терапевтического и реабилитационного назначения).

Целями маркетинга в здравоохранении являются обеспечение рентабельности производства медицинских услуг, лекарственных средств, достижение экономической эффективности от их реализации за приемлемое время в пределах имеющихся производственных возможностей. При этом руководитель медицинского учреждения должен получить ответы на следующие вопросы: Кем будет оказываться соответствующая услуга? Где? Когда? Каким образом? По какой цене? В каком количестве?

В настоящее время, независимо от форм собственности лечебно–профилактических организаций, видов медицинской деятельности, все медицинские работники должны будут научиться работать на принципах маркетинга. Для понимания сути маркетинга необходимо рассмотреть следующие основные понятия: *нужда, потребность, запрос, товар, обмен, рынок* (рис.4).

Нужда – чувство ощущаемой человеком нехватки чего–либо (физиологические нужды (в пище, в тепле, жажде, продление рода, здоровье), социальные (духовная близость, знаки самоутверждения), личные (во внимании и т. д.)). Если нужда не удовлетворена, человек чувствует себя обездоленным и несчастным.

Потребность – это нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида. Например, больной человек испытывает потребность в определенном лекарственном препарате.

Запрос – это потребность, подкрепленная покупательской способностью. Ресурсы для удовлетворения потребности, как правило, ограничены. Человек будет выбирать те товары и услуги, которые доставляют ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей. В здравоохранении удовлетворение потребности зависит не только от платежеспособности пациента, но и от доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения и квалификации врачей.

Товар – все, что может удовлетворить потребность или нужду и предлагает рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления.

В сфере здравоохранения основным товаром являются услуги.

Услуга – это мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой. Услуга как товар отличается рядом особенностей, среди которых можно выделить:

– *неосвязаемость*: медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, понюхать до момента ее приобретения; их невозможно увидеть, ощутить другими органами чувств.

– *неотделимость от источника услуги*: оказание медицинской услуги требует личных контактов производителя и потребителя;

– *несохраняемость услуги*: в отличие от товара, который сначала производится, затем может храниться на складе и уже, потом продается, медицинская услуга отличается тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации;

– *непостоянство качества медицинской услуги*: оно отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью врачебного подхода к пациенту, а в итоге – клинической непредсказуемостью. Качество медицинской услуги зависит от квалификации врача, оснащенности ЛПУ, времени и места оказания услуги, а также от того, кто является ее потребителем.

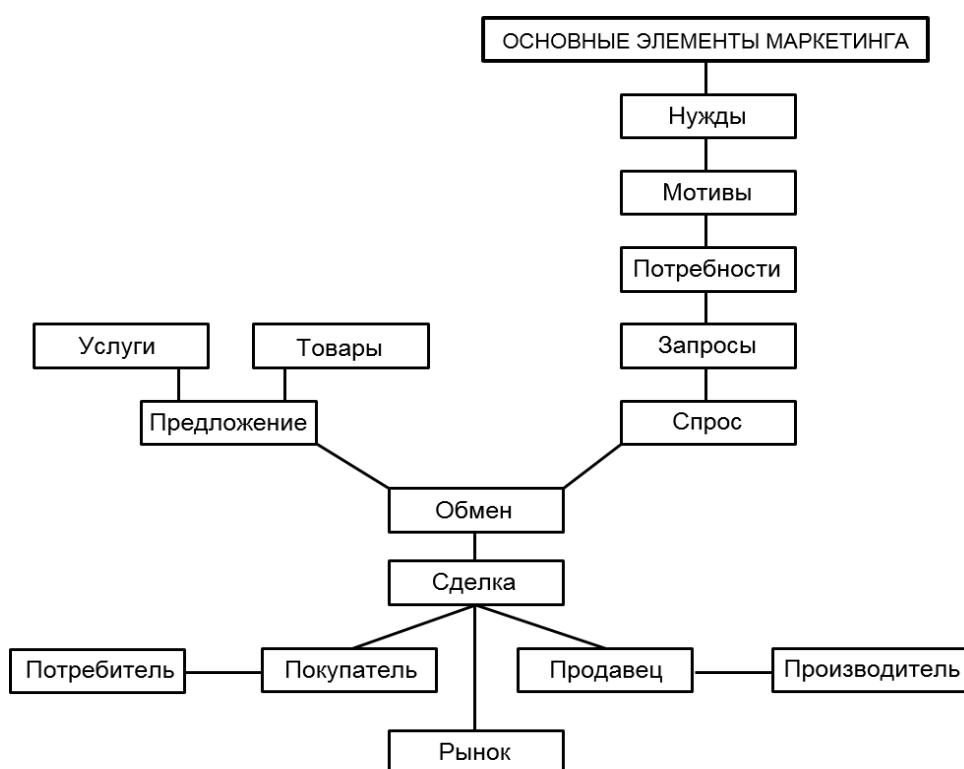


Рис. 4. Основные элементы маркетинга (Лисицин Ю.П., 2002)

Основными элементами услуги являются:

- субъекты услуги (пациент – медицинский работник);
- психология услуги (взаимоотношения субъектов);
- материальность (стоимостное и материальное выражение затрат);
- документальность (фиксированная информация о выполнении услуги).

По виду услуги могут быть: *простые* (измерение артериального давления), *сложные* (случай поликлинического обслуживания), *комбинированные* (сочетание двух и более простых, не связанных между собой услуг, например, определение остроты зрения у больного острым фарингитом).

Услуги могут быть *пассивными* (востребованными при наличии спроса) и *активными* (выполнение услуги в условиях отсутствия спроса). Примером может служить выявление заболевания при обращении пациента за медицинской помощью (пассивная услуга) и при профилактическом осмотре перед поступлением на работу (который на ряде производств проводится обязательно, независимо от желания работника) – активная услуга.

Медицинские услуги, как и другие товары, попадающие на рынок, в своей потребительской ценности проходят ряд стадий, которые называются *стадиями жизненного цикла*: внедрение, рост, зрелость и насыщение, спад.

На стадии внедрения требуются большие затраты, на прибыль рассчитывать не приходится. Задача этой стадии – создать основу для последующих.

Стадия роста характеризуется началом эффективной деятельности. Затраты стабилизируются, появляется прибыль. Желательно быстрее преодолеть эту стадию, для чего необходимо расширение рынка сбыта.

Стабилизация означает вступление в фазу зрелости. Задача – как можно дольше задержаться на этой стадии.

Раньше или позже полезность услуги снижается, наступает спад. Сокращается экономическая эффективность. Если спад остановить не удастся (например, путем выхода на новые рынки), производство услуги целесообразно прекратить, предложив новую услугу.

Обмен – акт получения от кого – либо желаемого объекта с предложением взамен. Обмен – основное понятие маркетинга. Без обмена нет рынка.

Сделка – это коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами.

Рынок – это форма взаимоотношений, это обмен, организованный по законам товарного производства и обращения, совокупность отношений товарного обмена. Рынок представляет собой совокупность существующих и потенциальных покупателей. Маркетинг предполагает работу с рынком ради осуществления обменов, цель которых – удовлетворение человеческих нужд и потребностей (в здравоохранении это может быть в здоровье, в различных медицинских препаратах, медицинских услугах разных специалистов, в медицинской технике и т.д.). Потенциальные пациенты, потребители медицинских услуг, производят свой «маркетинг», когда выбирают подходящее ЛПУ, форму медицинского обслуживания, конкретных медицинских работников.

3.4. Управление маркетингом в здравоохранении

Управление маркетингом – это комплекс стратегического и тактического характера, направленный на эффективное осуществление рыночного поведения медицинского учреждения и достижение основной, цели: обеспечение устойчивого и всестороннего успеха у пациентов при нормальной доходности и прибыльности его основной деятельности.

Управление маркетингом – это управление спросом, в зависимости от уровня которого различаются и виды маркетинга.

Еще раз рассмотрим основные виды спроса и применяемые виды маркетинга:

Отрицательный спрос – спрос на товары и услуги, которые недолгобливает потребитель (например, прививки от гриппа, стоматологические процедуры). При этом осуществляется *конверсионный маркетинг*, направленный на анализ причин существующего положения и поиск путей изменения негативного отношения к товару.

Скрытый спрос – спрос, уровень которого точно неизвестен. В настоящее время существует скрытый спрос практически на все виды медицинских услуг. Здесь требуется *развивающий маркетинг*, основная задача которого – оценка величины потенциального спроса и создание товара (услуги), способного этот спрос удовлетворить.

Падающий спрос – снижение спроса на один или несколько товаров. Задача *ремаркетинга* – проанализировать причины этого снижения и добиться обратной тенденции благодаря поиску новых рынков, изменению характеристик товара.

Нерегулярный спрос – колебание спроса во времени, что очень характерно для спроса на медицинские услуги. Здесь проводится *синхромаркетинг*, который направлен на то, чтобы сгладить колебания спроса по времени с помощью гибких цен, гибких графиков работы специалистов и т. д.

Полноценный спрос – спрос, совпадающий с возможностями производителя. При данном спросе проводится *поддерживающий маркетинг*, направленный на сохранение высокого качества товара и анализ уровня потребительской удовлетворенности.

Чрезмерный спрос – спрос выше, чем могут (или хотят) удовлетворить производители товаров и услуг. Проведение *демаркетинга* направлено на постоянное или временное сокращение спроса в целом или на определенных участках рынка.

Нерациональный спрос – спрос на товары и услуги, вредные для здоровья и безопасности потребителей. Проводятся кампании против распространения

сигарет, спиртных напитков, наркотических средств и т. д. Здесь необходим *противодействующий маркетинг*, который предполагает повышение цен, ограничение доступности товара, распространение устрашающих сведений.

Отсутствие спроса – ситуация, когда потребители не заинтересованы в товаре и услуге или безразличны к ним. Здесь используется *стимулирующий маркетинг*, задачей которого является поиск способов увязки выгод предлагаемых товаров с естественными потребностями человека.

Необходимо выделить факторы, которые могут активно влиять на спрос, и получить информацию о том, кто нуждается в услугах, каков спрос на них, а самое главное – какова платежеспособность населения. Изучение рынка позволит выделить такой фактор, как сезонность. В условиях медицинского страхования появляется борьба за потребителя медицинских услуг.

Задача управления маркетингом – это достижение желаемых уровней сбыта при разных состояниях спроса на те или иные товары.

Управляющие по маркетингу – это должностные лица, анализирующие маркетинговую ситуацию, разрабатывающие планы ее совершенствования и претворяющие их жизнь. Это круг лиц, включающий управляющих по сбыту, сотрудники службы сбыта, работников служб рекламы, исследователей рынка, специалистов по стимулированию сбыта, по проблемам ценообразования, управляющих по отдельным товарам и услугам.

Процесс управления маркетингом состоит из четырех основных этапов:

1. Анализ рыночных возможностей (анализ маркетинговой среды).
2. Отбор целевых рынков (сегментация рынка).
3. Разработка комплекса маркетинга.
4. Внедрение в практику маркетинговых мероприятий.

Провести анализ рыночных возможностей – значит изучить и оценить особенности той среды, в которой находится конкретное лечебно–профилактическое учреждение.

Маркетинговая среда – это совокупность активных субъектов и сил, действующих за пределами организаций и влияющих на возможность руководства службы маркетинга устанавливать и поддерживать с клиентами отношения успешного сотрудничества.

Маркетинговая среда складывается из микросреды и макросреды.

Маркетинговая микросреда – это совокупность объектов, действующих в пределах одного медицинского учреждения. Анализ маркетинговой микросреды предполагает подробное изучение тех факторов, с которыми непосредственно соприкасается конкретное лечебно–профилактическое учреждение: поставщики, конкуренты, потребители медицинских услуг.

Маркетинговая макросреда – это совокупность субъектов, действующих в пределах страны, края, области, города, района. К маркетинговой макросреде относятся: поставщики (организации или физические лица, которые обеспечивают ЛПУ оборудованием, медикаментами и другими ресурсами для производства медицинских услуг); конкуренты (другие производители аналогичных медицинских услуг); рынок медицинских услуг (потребители и пациенты); маркетинговые посредники (организации, помогающие производителям товаров и услуг в продвижении, сбыте, распространении продукции); средства массовой информации; работники служб рекламы, социально-экономические условия; природные особенности и экологическая ситуация; уровень развития технологий и т.д.

Анализ маркетинговой среды (или маркетинговые исследования) проводят на основании изучения существующей статистической информации, экспертных оценок и социологических опросов.

3.5. Ценообразование на медицинские услуги

Одним из аспектов экономической деятельности медицинских учреждений (организаций) любой формы собственности является ценообразование на медицинские услуги. Для большинства ЛПУ проблемы ценообразования возникли при переходе здравоохранения на новые формы организации, управления финансирования, при развитии и внедрении медицинского страхования, когда медицинские услуги становятся товаром.

Процесс ценообразования – это процесс формирования цен на товары и услуги на основе методов определения цен и способов их установления.

Этапы ценообразования:

1. Определение целей организации.
2. Постановка задач ценообразования.
3. Определение спроса на медицинские услуги.
4. Определение издержек (затрат).
5. Анализ цен и услуг конкурентов.
6. Выбор метода ценообразования.
7. Установление окончательной цены на услугу.

Цель ценообразования на медицинские услуги – соблюдение интересов медицинского учреждения в части сохранения рентабельности, достижение высокого уровня экономической эффективности в ходе предоставления услуг.

С помощью ценообразования решаются следующие задачи:

- расширение рынка сбыта медицинских услуг;
- увеличение прибыли медицинских учреждений;

- обеспечение баланса между спросом и предложением услуг;
- объемом денежных средств оказываемых услуг;
- создание условий оптимальной пропорциональности потребления и накопления.

Факторы ценообразования в медицинской организации:

- Внутренние – включают цели медицинской организации (в зависимости от формы собственности), размер затрат на предоставление медицинских услуг и пр.

- Внешние – включают анализ характера рынка и спроса, конкуренцию, тенденции развития экономики, учёт социальных факторов и пр.

При установлении цен на медицинские услуги учитываются общие принципы ценообразования:

- цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на производство оказываемых услуг;
- цена должна учитывать потребительские свойства и качество услуги;
- цена должна не только покрывать издержки производства, но и обеспечивать производителю получение прибыли;
- цена должна учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид услуг;
- при формировании цены необходимо учитывать цены конкурентов на данный вид услуг.

Сложность ценообразования в сфере оказания медицинских услуг связана:

- с особенностями ведения бухгалтерского учета в бюджетной сфере вообще и здравоохранении в частности (отсутствие учета многих видов затрат, в том числе в отдельных подразделениях);
- с невозможностью использования единой методики определения цены услуг в стационарах, поликлиниках, параклинических службах;
- с многообразием структуры даже однотипных ЛПУ, которое обуславливает разную величину издержек на одинаковые услуги.

Медицинская помощь наделена всеми свойствами товара: она имеет потребительскую стоимость (удовлетворяет жизненную потребность в здоровье), обладает денежным выражением. Цена не является синонимом стоимости.

Стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги и определенного качества, в отличие от цены, она не зависит от конъюнктуры рынка.

Цена – денежное выражение стоимости товара (или услуги). Цена состоит из двух главных элементов: себестоимости и прибыли:

Цена = себестоимость + прибыль

Себестоимость – это денежное выражение затрат трудовых и материальных ресурсов (издержка производства) на производство единицы продукции (услуги).

Издержки бывают:

1) постоянные – не зависят от количеств услуг, включают затраты на содержание зданий, сооружений, коммуникаций, расходы на оплату труда управленческого персонала и др.

2) переменные – к ним относят затраты на расходные материалы, питание, медикаменты, перевязочные материалы, оплату труда работников, занятых в сфере оказания услуг.

Себестоимость показывает, в какую сумму обходится учреждению медицинское обслуживание, отражает текущие расходы.

Элементы себестоимости:

- заработная плата (не менее 30%) с отчислениями на социальное страхование;
- обязательное медицинское страхование;
- износ основных фондов (оборудования, зданий, инструментария);
- стоимость используемых медикаментов, реактивов;
- затраты на энергоносители;
- затраты на питание (в стационарах);
- износ оборудования, мягкого инвентаря;
- косвенные расходы.

При определении себестоимости любого вида медицинских услуг может быть использована формула:

$$C/C = Z + O + И + M + Б + П + Пр,$$

где, **Z** – расходы на оплату труда, **O** – стоимость оборудования с учетом срока службы, т.е. сумма амортизационных отчислений, **И** – стоимость инструментария с учетом срока службы, **M** – расходы на медикаменты, перевязочные средства, реактивы, **Б** – расходы на белье, постельные принадлежности, одежду с учетом условий их использования, **П** – расходы на питание, если таковые есть (услуги стационара), **Пр** – прочие расходы, включающие различные хозяйственные расходы, ремонт оборудования, арендную плату, оплату труда и т.д.

Прибыль (денежные средства, оставшиеся после покрытия издержек) – источник расширенного производства.

3.6. Механизм и методы формирования цен

Механизм формирования цен на медицинские услуги включает в себя следующие элементы:

1) Определение цели – как будет использоваться прибыль, полученная через цены на медицинские услуги. Для одних медицинских учреждений это может быть просто выживание в сложных экономических условиях, для других – максимальных захват рынка (посредством минимальных пен) и т. д.

2) Оценка рыночной конъюнктуры и затрат. Включает изучение спроса на медицинские услуги, платежеспособности пациентов, конкуренции и т. д.

3) Поиск нужного метода ценообразования – уровень цен определяется поставленной целью, они могут быть минимальными, максимальными, оптимальными.

4) Определение итоговой цены. При этом необходимо произвести полную калькуляцию издержек на оказание услуги, которые бывают постоянными и переменными. Постоянные издержки остаются неизменными независимо от объема медицинских услуг (затраты на аренду, амортизацию, налоги на имущество, оплата управленческого аппарата и т. д.). Переменные издержки – это затраты, величина которых связана с объемом оказываемых медицинских услуг (затраты на медикаменты, питание, оплата труда наемных работников и т. д.) $\text{Постоянные издержки} + \text{переменные издержки} = \text{полные издержки}$.

5) Контроль за ценами, т. к. соотношение рыночной цены и реальных затрат может меняться.

6) Регулирование цен – через налоги (косвенное регулирование), через установление фиксированных цен (прямое регулирование), государственное регулирование

В условия перехода к рыночной экономике существуют следующие методы ценообразования.

Затратное ценообразование – это метод, при котором в основе расчета цены лежат фактические затраты (издержки) на производство и реализацию медицинской услуги и прибыль. в этом случае величину затрат на единицу продукции возможно определить только после того, как цена будет установлена. В этом заключен недостаток данного метода., однако на нынешнем этапе функционирования медицинских учреждений он оправдан и является распространенным.

Ценностное ценообразование – метод ценообразования, обеспечивающий фирме получение большой прибыли за счет оптимального соотношения «ценность услуги – затраты на нее».

Следование за конкурентом – метод, при котором фирма(учреждение) не расходует средства на разработку стратегии и тактики ценообразования, считая, что ее конкуренты уже все сделали. Подобный метод часто используют относительно недавно появившиеся и небольшие фирмы, которые ориентируются на «устоявшиеся» достижения благополучных фирм.

В современных условиях цены на медицинские услуги не могут устанавливаться без учета изменений экономической ситуации, либо изменения платежеспособности спроса населения, запросов и предпочтений пациентов.

3.7. Система цен на медицинские услуги

Система цен на медицинские услуги включает несколько групп:

- бюджетные оценки;
- государственные цены на платные медицинские услуги;
- договорные цены;
- тарифы на медицинские услуги;
- свободные цены на платные медицинские услуги.

Бюджетные цены – величина оценки (или расценки) не зависит от величины реальных затрат. Устанавливается административным образом. Данные цены подходят для финансирования целевых бюджетных программ медицинской помощи.

Преискуранные цены – государственные цены на платные медицинские услуги. Они используются для расчета с населением при оказании медицинской помощи на хозрасчетной (коммерческой) основе. Эти цены включают все фактические затраты, а также и прибыль (15–25% от себестоимости).

Договорные цены – они утверждаются прямыми договорами между медицинскими учреждениями и заказчиком услуг. Проявляют себя как наиболее свободные в сегодняшней практике.

Тарифы на медицинские услуги – тарифы по обязательному медицинскому страхованию. Тарифы отражают денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских учреждений по выполнению территориальной программе ОМС и состав этих расходов (в них не выделяется себестоимость и прибыль). Они регулируются приказом Федерального фонда ОМС, утверждаются руководителями органов управления здравоохранением, исполнительными директорами территориальных фондов ОМС.

Особенности тарифов:

– устанавливаются только на те услуги (виды медицинской помощи), которые включаются в территориальные программы ОМС;

– рассчитываются на каждый из используемых объемных показателей (средняя стоимость пролеченного больного, число проведенных койко–дней, среднедушевой норматив, отдельная услуга).

Свободные цены – такие цены формируются под влиянием целого ряда рыночных факторов: полезность услуги, доход покупателя, потребителя, конъюнктура рынка, затраты, территориальные перемещения, вкусы пациентов, качество услуги, реклама, степень рыночной ориентации пациента и т. д. Свободные цены на платные медицинские услуги.

Формы государственного регулирования цен на медицинские услуги в РФ – установление тарифов в системе ОМС: устанавливаются через механизм заключения тарифного соглашения на территории каждого субъекта РФ. Общие принципы:

- единство единиц планирования и учёта;
- формирование тарифов с учётом нормативов расходов;
- расчёт тарифов производится в объеме средств бюджета территориально фонда ОМС;
- тарифы формируются по видам медицинской помощи;
- тарифы применяются на одинаковых условиях для всех медицинских учреждений данного субъекта РФ, работающих в системе ОМС.

Формы государственного регулирования цен на платные медицинские услуги в РФ – установление перечня и формирование единых требований к платным медицинским услугам: устанавливаются для государственных и муниципальных учреждений и формально не подлежат регулированию. Общие принципы:

- наличие инструкций по расчёту стоимости платных медицинских услуг;
- наличие разрешений на предоставление платных медицинских услуг;
- определение порядка расходования средств, полученных от оказания платных услуг.

Контрольные вопросы:

1. Что такое рынок? Назовите основные принципы функционирования рынка?
2. Каковы предпосылки для развития рынка в здравоохранении? Назовите специфические черты рынка медицинских услуг.
3. Перечислите сегменты рынка в здравоохранении.
4. Назовите основные категории рынка. Раскройте содержание понятия «спрос», «предложение». Какие факторы влияют на спрос? Виды спроса.

5. Что такое медицинская услуга? Каковы специфические особенности медицинских услуг?
6. Раскройте содержание понятия «цена». Какие виды цен Вы знаете?
7. Назовите основные элементы затрат, включаемые в цену медицинской услуги.
8. Дайте определение понятия «конкуренция». Кто является участниками конкурентной борьбы на рынке медицинских товаров и услуг?
9. Что такое маркетинг вообще и медицинский в частности? Предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении? Виды маркетинга. Элементы маркетинга.
10. Что такое маркетинговая среда? Какие виды маркетинговых сред вы знаете?
11. Что такое потребность? Приведите примеры.
12. Назовите общие принципы ценообразования. Этапы и механизм ценообразования. Дайте определение «себестоимости», «прибыли», «стоимости». Что такое тарифы?

Тестовые задания для самоконтроля

1. Экономика здравоохранения – это:
 - а) наука, исследующая действие объективных экономических законов, а также различных условий и факторов, влияющих на уровень удовлетворения потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья;
 - б) предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от ее производителя к потребителю;
 - в) совокупность принципов, методов, средств и форм управления с целью повышения эффективности производства и получения прибыли.
 - г) наука о системе мероприятий по охране здоровья населения.
2. Основополагающий принцип системы здравоохранения:
 - а) карантинная направленность;
 - б) охрана здоровья населения является ведущей функцией государства;
 - в) статистическая направленность системы;
 - г) учет влияния социальных и биологических факторов на здоровье.
3. Критерий экономической эффективности определяется как:
 - а) соотношение общего экономического ущерба и предотвращение экономического ущерба;
 - б) соотношение общей стоимости медицинской помощи и предотвращённого экономического ущерба;
 - в) соотношение затрат на лечение и затрат на профилактические мероприятия.
4. В России в период до 1993 года действовала система здравоохранения:

- а) страховая; б) частная; в) государственная; г) смешанная.
5. Основные принципы рыночной экономики:
- а) экономическая свобода; б) договорные отношения; в) свободные ценообразования г) все ответы верны.
6. Методика доказательства экономической эффективности здравоохранения — это определение:
- а) стоимости медицинской помощи на поликлиническом и стационарном этапах;
- б) общих затрат на подготовку медицинских кадров;
- в) стоимости научных исследований и их внедрения;
- г) соотношения затрат на медицинскую помощь и экономического эффекта.
7. Предотвращённый экономический ущерб это:
- а) уменьшение суммы общего ущерба за счёт проведения комплекса лечебно–профилактических мероприятий (в течение нескольких лет);
- б) экономия денежных средств за счёт уменьшения затрат на медицинские технологии.
8. Аккредитации и лицензированию, прежде всего, подлежат учреждения определенной формы собственности:
- а) государственной; б) региональной; в) частной; г) муниципальной.
9. Лицензирование медицинского учреждения означает:
- а) определение видов и объема медицинской помощи ЛПУ;
- б) выдачу документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности;
- в) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам;
- г) оценку степени квалификации медицинского персонала.
10. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо:
- а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходами финансовых средств;
- б) совершенствовать систему учета средств;
- в) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг;
- г) все вышеперечисленное верно.
11. Предмет экономики здравоохранения – это экономические отношения:
- а) складывающиеся в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности;
- б) определяемые технологией лечебно – диагностического процесса;
- в) возникающие в процессе оказания стационарной медицинской помощи;

г) возникающие в процессе хозяйственной деятельности лечебного учреждения;

д) между работниками и пациентами;

12. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время не являются:

а) государственный бюджет;

б) добровольные пожертвования;

в) доходы от платных услуг населения;

г) обязательные страховые взносы на случай заболевания.

13. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования:

а) право на ОМС и ДМС;

б) выбор страховой медицинской организации;

в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;

г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

д) все вышеперечисленное.

14. Экономический анализ деятельности организаций здравоохранения не включает:

а) использование основных фондов;

б) использование финансов;

в) использование медицинской техники;

г) использование персонала;

д) использование лекарств.

15. К «прямым» затратам, определяющим себестоимость медицинской услуги, не относят:

а) оплату труда медицинского персонала, непосредственно оказывающего услуги;

б) начисления на заработную плату;

в) расходы на питание;

г) амортизацию зданий, сооружений.

16. Медицинский маркетинг – это?

а) социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на товары и услуги посредством их разработки, продвижения и реализации;

б) разноплановая предпринимательская деятельность в сфере рынка и сбыта;

в) предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю или пользователю;

г) деятельность, направленная на получение информации о потребностях населения в различных видах медико-социальной помощи, обеспечивающих сохранения здоровья;

17. Укажите типы эффективности в здравоохранении:

- а) медицинская, экономическая и социальная;
- б) медицинская, политическая и экономическая;
- в) медицинская, организационная и социальная;
- г) медицинская, политическая и социальная;

18. Благодаря взаимодействию каких составляющих взаимодействует рынок медицинских услуг:

- а) спрос и предложение; б) цена и конкуренция; в) всех вышеперечисленных;

19. Чем обусловлен прямой экономический эффект?

- а) улучшение методики или организации того или иного мероприятия, ведущим к его удешевлению;
- б) результат улучшения профилактики и лечения, что в конечном счете ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств на борьбу с заболеваниями и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью;
- в) прямые затраты на лечение, профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовку медицинских кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности;
- г) экономические потери, связанные со снижением производительности труда, не произведенной продукции и снижением национального дохода на уровне народного хозяйства в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти.

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

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

Глоссарий

Аккредитация – официальное признание органом по аккредитации компетентности юридического или физического лица в определенной области.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения – часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации.

Аутсоринг – передача организацией, на основании договора, определённых видов или функций производственной предпринимательской деятельности другой компании, действующей в нужной области.

Базовая программа ОМС – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Бюджетная смета – документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специальное агентство Организации Объединенных Наций, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира.

Государственно – частное партнерство (ГЧП) – совокупность форм средне – и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях, в области экономики, в политике, культуре, науке и т. д.

Затраты (издержки) – расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и услуг.

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (Устав ВОЗ, 1948). ВОЗ провозглашен принцип, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека»

Здравоохранение – совокупность мер социально–экономического и медицинского характера, проводимых с целью организации медицинской помощи, сохранения и повышения уровня здоровья каждого отдельного человека и населения в целом; меры по охране здоровья строятся на принципах профилактики, бесплатности и общедоступности медицинской помощи,

неразрывной связи медицинской науки и практики здравоохранения, активного участия общественности в деле охраны здоровья населения.

Конкуренция – состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Косвенный экономический ущерб – экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности. числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Концессия – вид договора о создании или реконструкции за счет средств инвестора (или – совместно с концедентом) объектов (как правило) недвижимого имущества находящихся в государственной собственности, за счет чего инвестор получает возможность эксплуатировать объект на возмездной основе, собирая доход в свою пользу.

Концессия, концессионное соглашение – форма государственно–частного партнёрства, вовлечение частного сектора в эффективное управление государственной собственностью или в оказание услуг, обычно оказываемых государством, на взаимовыгодных условиях.

Лицензирование медицинской деятельности – процедура присвоения (продления, приостановления, возобновления и др.) лицензии, т.е. права или специального разрешения на осуществление конкретного вида медицинской деятельности. Выдается лицензирующим органом юридическому или физическому лицу (индивидуальному предпринимателю).

Медицинская эффективность – степень достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного–это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов.

Материальные ресурсы здравоохранения – совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче–смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Медицинское страхование – система, обеспечивающая страховые выплаты исключительно в связи с медицинской помощью. Медицинская страховая организация может быть коммерческой или некоммерческой, государственной или частной. Страхование может быть частным (добровольным), а также

государственным (обязательным для всего населения или для определенных его категорий). Может существовать как самостоятельная система.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинских услуг, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, санитарно–противоэпидемических мероприятий, а также по заготовке органов и тканей, обращению донорской крови и ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно–правовой формы и формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская помощь – совокупность лечебно–профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах, лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинское страхование – система, обеспечивающая страховые выплаты исключительно в связи с медицинской помощью. Медицинская страховая организация может быть коммерческой или некоммерческой, государственной или частной. Страхование может быть частным (добровольным), а также государственным (обязательным для всего населения или для определенных его категорий). Может существовать как самостоятельная система.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс таких вмешательств, которые направлены на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, имеют определенную стоимость и оказываются медицинскими работниками.

Медицинский маркетинг – комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно–противоэпидемического характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами, гражданами в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого

человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды) – одна из частей активов организации здравоохранения, необходимых в дополнение к основным средствам для производства медицинских товаров и услуг.

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы) – одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

Программа государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи – основополагающий документ, определяющий виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам России на территории Российской Федерации бесплатно.

Потребности – в системе здравоохранения нуждами являются медицинские услуги, субъективно оцененные как потребителями, так и поставщиками, как необходимые для улучшения здоровья.

Предложение – количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению.

Прибыль – экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.

Прямой экономический ущерб – затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Реформа – преобразование, изменение, переустройство какой-либо стороны общественной жизни (порядков, институтов, учреждений);

Рынок – совокупность экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

Рынок медицинских товаров и услуг – сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

Социальная эффективность – в отношении конкретного больного – это возвращения его к труду и активной жизни в обществе. На уровне учреждений или системы здравоохранения – это оценка функционирования здравоохранения в социальной сфере общественной жизни, удовлетворенность населения деятельностью местной системы здравоохранения.

Страхование – это система экономических отношений, включающая образование специального фонда (страхового фонда) и его использование (распределение и перераспределение) для преодоления и возмещения разного рода потерь, ущерба, вызванных неблагоприятными событиями (страховыми случаями.) путем выплаты страхового возмещения и страховых сумм.

Страховая медицинская организация (СМО) – страховая организации. имеющая лицензию. СМО осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Страховое обеспечение – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организацией.

Страховой риск – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховые взносы на ОМС – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером, целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Система здравоохранения – совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, подведомственных

им организаций. а также субъектов частой медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Спрос (потребность) – количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) – некоммерческая организация, созданная субъектом Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Финансы – это экономическая категория, выражающая отношения, объективно складывающиеся между людьми по поводу формирования и использования денежных средств.

Финансирование – обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Финансовая система – совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает три основных звена: государственные финансы, финансы населения и финансы предприятий. Система включает в себя также финансы организаций, отраслей, бюджетную, кредитно–банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансовый менеджмент в здравоохранении – это система принципов, методов и форм управления финансированием здравоохранения на макро–(органы управления) и микро–(учреждения здравоохранения) уровнях.

Финансовые ресурсы здравоохранения – совокупность всех видов денежных средств (рубли и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенных для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Финансовый контроль – контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Фонд оплаты труда (ФОТ) – суммарные денежные средства учреждения здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

Франшиза – объект договора франчайзинга, комплекс благ, состоящий из прав пользования брендом и бизнес – моделью франчайзера, а также иных благ, необходимых для создания и ведения бизнеса. В качестве франшизы могут выступать методы ведения бизнеса, товарный знак, технология со взаимными обязательствами и льготами между передающей и получающей сторонами, предоставляемые за плату и оформленные в соответствии с законом об охране интеллектуальной собственности.

Цена – сумма денег, за которую «покупатель» может купить, а «продавец» готов продать данный товар или медицинскую услугу.

Экономика – хозяйство, совокупность средств, объектов, процессов, используемых людьми для обеспечения жизни, удовлетворения потребностей путем создания необходимых человеку благ, условий и средств существования с применением труда. *Экономика как наука* – изучает взаимоотношения между людьми, возникающие в процессе производства, распределения, обмена и потребления благ и услуг, необходимых для удовлетворения потребностей человека.

Экономика здравоохранения – область экономических наук и организации здравоохранения, изучающая экономическую эффективность мер по охране здоровья населения и разрабатывающая методы рационального использования ресурсов здравоохранения.

Экономическая эффективность здравоохранения – результативность деятельности органов и учреждений здравоохранения для развития общественного производства и роста национального дохода, определяемая как соотношение объема средств, вложенных в комплекс лечебно–профилактических мероприятий по снижению заболеваемости, инвалидности, смертности, и полученного эффекта, выраженного приростом (в стоимостном выражении) общего национального продукта за счет повышения уровня жизнедеятельности людей.

Литература

1. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья [Электронный ресурс]: учебник / Хрусталеv Ю.М. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426272.html>
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико–санитарной помощью, 2010 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения–Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>.
3. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие / под ред. В. З. Кучеренко. – М.: Медицина, 2010. – 464 с.
4. Крестинский Ю.А. Роль государства в здравоохранении, 2013 [Электронный ресурс] / Институт развития общественного здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/5-krestinskiy.pdf>.
5. Ключня В. Л. История экономических учений [Электронный ресурс]: курс лекций / В. Л. Ключня, А. В. Черновалов, Ж. В. Черновалова. – Минск: БГУ, 2016. – 358с.
6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для вузов / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3–е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – 542 с.
7. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. И. Лисицын. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2002 г. – 520с.: ил. – («Серия XXI век»)
8. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. И. Лисицын. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013 г. – 400 с.
9. Николаева Н. П. Экономическая теория [Электронный ресурс]: Учебник для бакалавров / Н.П. Николаева. – М.: Дашков и К, 2013. – 328 с. [//znanium.com/bookread.php?book=415107](http://znanium.com/bookread.php?book=415107)
10. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В. К.Юрьев. – 2–е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2012. – 608с.
11. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В.К. Юрьев. – 3–е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433256.html>
12. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3–е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

13. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В. Стародубова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014 г. – 624 с.
14. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / Н. И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова, Е.Н. Пенюгина, С. Н. Пузин: – 8-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс–информ, 2016. – 840 с.
15. Основы экономической теории. Экономика и управление здравоохранением: учебное пособие / Н.Г. Петрова, И.Е. Додонова, М.В. Полюкова. – Санкт–Петербург: СпецЛит, 2015. – 204с.: ил.
16. Основы государственно–частного партнерства (теория, методология, практика) / под ред. В. Варнавского. – М.: Анкил, 2015. – 252 с.
17. Омеляновский В.В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организация систем здравоохранения / В.В. Омеляновский, Л.В. Максимова, А. П. Татарин // Финансовый журнал / Financial journal №3. 2014, – С.22–34.
18. Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ООО «МИА», 2010. – 544 с.
19. Панкратов А.А. Государственно–частное партнерство в современной практике: основные теоретические и практические проблемы: монография / А.А. Панкратов. – М.: Анкил, 2012. – 246 с.
20. Решетников А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / А.В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общ. ред. А. В. Решетникова. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 303 с. – Серия : Специалист.
21. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения: учебное пособие / В. Ю. Семенов.–2-е изд., перераб.– М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 1000 с.
22. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. – 3–е издание. – 2009. – 664 с.
23. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособие / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, Б.А. Райзберг и др.; под ред. А.И. Вялкова. —3-е изд., доп. —М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
24. Финансовый менеджмент в здравоохранении [Электронный ресурс]: учебное пособие. Рахыпбеков Т.К. – 3–е изд., доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425985.html>
25. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>
26. Экономика здравоохранения: учебник / А. В. Решетников [и др.]; под общ. ред. А. В. Решетникова. – 3–е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР– Медиа, 2015. – 192 с.

27. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В.Уйба, В.М.Чернышев, О.В.Пушкарев, О.В.Стрельченко, А.И.Клевасов – Новосибирск. – ООО «Альфа–Ресурс» 2012. – 314 с.

28. Экономика и управление здравоохранением: учебник / Р.А.Тлепцеришев [и др.] – Изд.6-е, перераб. и доп.– Ростов–н /Д :Феникс, 2009. –623с. – (Среднее профессиональное образование).

29. Экономика и управление в здравоохранении: учебник для студ. учреждений сред. проф. образования / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. –4-е изд., стер. -М.: - Издательский центр «Академия», 2014. –208 с.

30. Экономическая теория [Электронный ресурс]: учебник / В.В.Багинова, Т.Г.Бродская и др.; Под общ. ред. проф. А.И.Добрынина, Г.П.Журавлевой – 2-е изд. - М.: НИЦ ИНФРА–М, 2014. – 747 с. //

znanium.com/bookread.php?book=430228