

Решетников А.В., Алексеева В.М., Галкин Е.Б.

Экономика здравоохранения

Год издания 2010. - 272 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ГЛАВА 1. ПРЕДМЕТ И МЕТОД ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННОСТЬ.....	4
ГЛАВА 2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК КОРПОРАТИВНАЯ СИСТЕМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ	17
ГЛАВА 3. ЗДОРОВЬЕ КАК ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	26
ГЛАВА 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	36
ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННАЯ ФИНАНСОВАЯ СИСТЕМА И СОЦИАЛЬНЫЙ СЕКТОР ..	44
ГЛАВА 6. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ	54
ГЛАВА 8. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	69
ГЛАВА 9. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ.....	75
ГЛАВА 10. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	83
РАЗДЕЛ 2. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ГЛАВА 11. ПОТРЕБИТЕЛЬ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ОСНОВНОЙ ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ	91
ГЛАВА 12. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	98
ГЛАВА 13. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	105
ГЛАВА 14. МЕТОДОЛОГИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕТОДЫ РАСЧЕТА ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ	110
ГЛАВА 15. ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	121
ГЛАВА 16. ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	128
ГЛАВА 17. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	135
ГЛАВА 18. МАРКЕТИНГ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	146
ГЛАВА 19. ИТОГОВЫЙ ЭКЗАМЕН	162
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	164
ПРИЛОЖЕНИЯ	167
ГЛОССАРИЙ.....	171
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	193

Аннотация

Учебное пособие раскрывает предмет, базовые понятия и закономерности отраслевой экономики, дает основы рыночной и смешанной экономики здравоохранения России на макроуровне и уровне конкретной медицинской организации. Медико-экономические проблемы изложены в соответствии с актуальными положениями экономической теории. Пособие предназначено студентам медицинских вузов.

Экономика здравоохранения - это относительно новая область экономических знаний, хотя хозяйственная сторона медицины привлекала к себе внимание с самого зарождения экономики как науки. Однако специализированные исследования с освещением экономических аспектов здравоохранения появляются в печати не ранее середины 60-х годов XX века. Возникший интерес экономистов к здравоохранению отражал объективные изменения, которые произошли в структуре хозяйственной деятельности к этому времени.

Индустриальное общество, в котором главную роль играла сфера материального производства (точнее, промышленность), начало уступать место постиндустриальному обществу. Возросли объемы и социальная значимость сферы услуг, в частности здравоохранения как одной из важнейших отраслей этой сферы. Именно процесс быстрого развития сферы услуг стал стимулом для активизации медико-экономических исследований как в нашей стране, так и за рубежом. За последние 30-40 лет объем научно-исследовательской и учебно-методической литературы по экономике здравоохранения существенно увеличился. Тем не менее изменение как научных воззрений, так и условий хозяйственной практики в здравоохранении предопределяют необходимость подготовки новых публикаций, отражающих объективную реальность сегодняшнего дня - начала XXI века.

Обучение студентов-медиков экономике здравоохранения в объеме и формах, отвечающих современным условиям, требует соответствующего научно-методического обеспечения.

Данный учебник подготовлен коллективом авторов под руководством члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, доктора социологических наук, профессора А.В. Решетникова и содержит материалы по всем основным проблемам, вошедшим в утвержденную Министерством здравоохранения РФ «Сквозную программу экономического образования врача на додипломном этапе его подготовки». Медико-экономические аспекты, изложенные в учебнике, тесно увязаны с актуальными положениями экономической теории.

В литературе по экономике применяются два основных принципа расположения материала: от микроэкономических проблем к макроэкономическим, и наоборот. Авторы посчитали целесообразным вначале сосредоточить внимание на проблематике здравоохранения как вида деятельности и отрасли народного хозяйства, а затем рассмотреть конкретные экономические проблемы работы учреждений здравоохранения, при этом памятуя о том, что микро- и макроэкономические вопросы самым тесным образом взаимодействуют между собой.

Усвоению материала учебника помогут помещенные в конце каждой главы вопросы и тестовые задания, отдельная глава «Контроль знаний», а также имеющиеся приложения, предметный и именной указатели.

Авторский коллектив выражает благодарность всем поддержавшим идею написания этого учебника.

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ГЛАВА 1. ПРЕДМЕТ И МЕТОД ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Понятие экономики здравоохранения и ее место в структуре современной экономической науки. Методы экономического исследования. Обзор основных этапов истории экономики здравоохранения. Услуги здравоохранения в современном мире. Условия формирования рыночных отношений.

Термин «экономика» в переводе с греческого означает «законы хозяйства». В самом термине заложено два понятия: 1) действие людей в соответствии с законами хозяйства, т. е. *экономическая практика*; 2) изучение законов хозяйства и их развития, т. е. *экономическая наука*.

Таким образом, под экономикой здравоохранения понимаются:

- соответствующим образом организованная хозяйственная сторона дела в области оказания лечебно-профилактических услуг и

- совокупность знаний (научных представлений) о сущности, целях и задачах хозяйственной деятельности в здравоохранении, формах ее организации и управления.

Наука занимается разработкой теоретических социально-экономических концепций функционирования и развития здравоохранения. Практика дает заказ на осуществление таких разработок и проверяет их истинность, жизнеспособность. Единство теории и практики обеспечивает достаточный уровень компетентности, разумной ответственности в принятии необходимых решений. Экономическая наука представляет собой совокупность нескольких блоков научных знаний и соответствующих им учебных дисциплин.

Во-первых, это блок фундаментальных экономических наук, называемых также общей экономикой. Базовую экономическую подготовку в настоящее время дает курс экономической теории.

Во-вторых, это блок конкретных экономических наук, в рамках которых изучаются отраслевые особенности хозяйственных процессов в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве, транспорте, торговле, образовании, здравоохранении. Следовательно, экономика здравоохранения - это один из элементов блока конкретных, отраслевых экономических наук.

В-третьих, это блок прикладных экономических наук, изучающих хозяйственные процессы, общие для всех отраслей, но в силу своей автономности не входящие в предмет экономической теории (в частности, бухгалтерский учет, менеджмент, маркетинг и т.д.).

В-четвертых, это блок специальных экономических наук, возникающих при соединении экономики с другими областями знаний - как естественных, так и гуманитарных: экономическая география, хозяйственное право, эконометрика, история экономики, история экономических учений, экономическая статистика, этика и психология делового общения и др.

Изучение хозяйственных процессов в здравоохранении предполагает наличие определенных подходов, методов изучения. Важнейшими методами разработки возникающих проблем, применяемыми в экономической науке в целом и в ее отдельных блоках и элементах, являются следующие:

1. Анализ. Используя этот метод при рассмотрении производства и потребления услуг, оказываемых здравоохранением, мы можем вычленить и исследовать отдельно объект (предмет) труда, средства и условия труда, результат труда медицинских работников, структурировать состав потребностей, необходимых ресурсов, затрат (издержек) и т.п.

2. Синтез предполагает объединение элементов в систему, установление взаимозависимости и взаимообусловленности между ними: совокупность предметов, средств и условий труда составляет категорию «средства производства»; в соединении с трудовым потенциалом - это производительные силы общества; сложное единство производительных сил и экономических отношений составляет основу экономической системы и т.п.

3. Дедукция. Применяя метод дедукции, можно сопоставлять общие, особенные и единичные черты какого-либо процесса или явления хозяйственной жизни. Например, производство - общая родовая черта существования людей; производство услуг - особенная, а производство услуг здравоохранения - единичная.

4. Индукция - это обратный процесс восхождения от частного (единичного) к общему. Так, услугу данному пациенту оказал данный врач; однако врач и его коллеги - это персонал услуг производящего предприятия. Все предприятия, создающие услуги здравоохранения, - это отрасль экономики. Все отрасли составляют народное хозяйство, а вся совокупность государств выводит нас на уровень международных экономических отношений.

5. Научная абстракция позволяет развивать категориальный состав, понятийный аппарат исследования. От конкретного товара мы можем перейти к рассмотрению абстрактной (обобщенной, освобожденной от конкретных черт) экономической категории *товар*. Так же возникают другие категории: *деньги, рынок, спрос, предложение, цена* и т.п.

6. Математическое моделирование со второй половины XIX века играет весьма существенную и все возрастающую роль в экономических исследованиях. Вместе с тем не следует забывать о том, что за столбцами статистических

данных, формулами расчетов и графиками стоят живые люди с их судьбами, надеждами, болью и страданием.

7. Единство логического и исторического. Этот важный метод дает возможность уловить объективную логику в развитии исторического процесса. Например, обращаясь к давним этапам истории человечества, мы с логической предопределенностью можем утверждать, что, скажем, в средневековой Руси не существовало разветвленной сети лечебно-профилактических учреждений, оснащенных сложной техникой, не действовала система медицинского страхования, отсутствовала высшая школа подготовки медицинских кадров и т.п. Здравоохранение в эту эпоху соответствовало общему уровню развития данной цивилизации.

История экономики здравоохранения как раздел в истории экономики в целом отличается от истории медицины. Если история медицины занимается изучением профессионального (научно-технического, технологического) аспекта развития деятельности врачей, то экономическая история здравоохранения как отрасли хозяйства изучает развитие хозяйственных способов предоставления медицинских услуг.

Таким образом, *история экономики здравоохранения* - это рассмотрение развития экономического, хозяйственного, организационно-управленческого аспекта деятельности различных категорий лиц, связанных с предоставлением услуг лечебно-профилактического профиля.

Современная цивилизация экономически развитых стран, как правило, представляет собой постиндустриальное общество, особенностью которого является преимущественное развитие сферы производства услуг. Если аграрное (до-индустриальное) общество привлекало основную часть экономически активного населения к сельскому хозяйству, а индустриальное - к промышленности, то в постиндустриальном обществе более 50% экономически активного населения занято в услугопроизводящих отраслях народного хозяйства. Одновременно начинают формироваться основы информационного общества, в котором на первый план выступает оказание услуг соответствующего профиля.

Вместе с тем это не означает уменьшения важности сферы производства материальных благ - человек не может существовать без пищи, воды, одежды, жилища. Отсюда следует, что сфера услуг может нормально развиваться, выходить на приоритетные позиции и привлекать к себе основную часть экономически активного населения только при условии достаточно высокого развития сферы производства материальных благ и повышения производительности труда в ней. Именно поэтому история экономики (экономическая история) как область научных исследований и как учебная дисциплина основное внимание и в настоящее время уделяет развитию материального производства и его прогрессу. Проблемам развития сферы услуг при этом уделяется менее значимое место; экономическая история сферы услуг во многом еще не разработана. Попытаемся в общих чертах на примере зарубежной экономической истории сопоставить развитие услуг здравоохранения с основными этапами истории экономики в целом¹.

Возникновение экономических действий неотделимо от процессов антропогенеза, формирования самого человека и социальной среды обитания людей, социума. Поэтому начало истории экономики следует искать в первобытном обществе.

Социально-экономическая основа существования и развития первобытных людей возникла еще *в каменном веке*, когда инстинктивные действия, направленные на поддержание своей жизненной активности, сменялись сознательными действиями в области лечения и сохранения жизни конкретного человека или его родичей, осуществлялись и простейшие лечебные процессы, связанные с разделением труда внутри родовой общины. Впервые при самолечении или оказании помощи себе подобным начинают использоваться специальные приспособления. Люди, владевшие ими лучше, стихийно закрепляют за собой функцию оказания услуг соответствующего вида. К тому же впервые возникает сакрализация (освящение) лечебного процесса - закрепление врачебных функций за жрецом, производившим определенные действия (теургическая медицина).

При переходе от натурального хозяйства к товарному, происходившем под влиянием 3 крупных общественных разделений труда (разделение земледелия и скотоводства, выделение ремесленного производства, формирование сферы услуг), т. е. совокупности таких видов деятельности, осуществляя которые люди теряли непосредственную связь с созданием материальных благ, свое место занимает и профессиональное врачевание.

В *Древнем Востоке* медицинская помощь достигла весьма высокой для своего времени степени развития. Традиции древнеиндийской и древнекитайской медицины во многом определяют специфику организации здравоохранения в этих странах и в современных условиях.

Вместе с тем несмотря на всю значимость социально-экономических достижений цивилизации Древнего Востока, современная мировая цивилизация базируется прежде всего на тех основах, которые были заложены в Древней Греции и Древнем Риме.

В *Древней Греции* медицинская деятельность осуществлялась в разнообразных хозяйственных формах и охватывала весь комплекс услуг консультационно-поликлинического, стационарного, санитарно-гигиенического, оздоровительного, учебно-подготовительного и научно-исследовательского комплекса. Отец медицины Гиппократ сформулировал многие принципы не только профессиональной, но и социально-экономической этики врача.

Древний Рим дал стандарт (образец) организации многих сторон социально-экономической жизни общества, включая и медицинскую деятельность, для города, региона (провинции) и государства. Медицинская деятельность в рассматриваемую эпоху характеризуется наличием четко выраженного внутриотраслевого разделения труда. Формируются группы врачей отдельных специализаций - терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи, педиатры и более «узкие» специалисты, анатомы. Возникают различные категории среднего, младшего и вспомогательного медицинского персонала.

В конце X - начале XVI века католическая церковь как собственница огромных богатств, будучи общественной организацией, была обязана часть средств выделять на благотворительные, санитарно-гигиенические, лечебные и медико-профилактические цели, а также на подготовку кадров. Многие средневековые врачи были духовными лицами. В XVI веке врачебная практика выходит из-под церковного управления, оставаясь вместе с тем, как правило, под властью религиозной идеологии; она закрепляется за деятельностью частных лиц и в некоторой степени - за соответствующими государственными структурами.

С развитием городов, упадком феодального хозяйства, возникновением и укреплением нового общественного класса буржуазии в период эпохи Возрождения (XIV-XVI века) в социально-экономической жизни Европы происходят коренные изменения:

1) появляются хозяйства, основанные на найме юридически свободной и экономически лишенной средств производства рабочей силы - раннекапиталистические хозяйства, дальнейшее развитие которых способствовало формированию производственной медицины и санитарии, изучению профессиональных заболеваний;

2) увеличивается деловая активность широких масс свободного населения как предпринимателей, развиваются торговля, товарно-денежные отношения, рынок;

3) вместе с рынком разнообразных материальных благ развивается рынок услуг, в том числе связанных с медициной, здравоохранением;

4) на основе общего роста производительности труда, повышения уровня жизни возрастает интерес к науке, культуре и образованию, включая университетское, которое начинает готовить и кадры врачей.

Важнейшими социально-экономическими центрами того времени были Северная Италия, Южная Германия и Голландия. Для экономики городов, прежде всего северо-итальянских, были характерны некоторые общие черты:

1) сочетание любой профессиональной деятельности с творчеством, научным поиском; универсальность интересов личности, воспитанной на идеях гуманизма;

2) внимание к проблемам государственного управления, городского хозяйства, строительству и архитектуре, развитию многих отраслей сферы услуг, включая и здравоохранение, получавшее обновленную материально-техническую, научно-исследовательскую и учебную, а также организационную основу.

С победой первых буржуазных революций (в Голландии в начале XVII века, в Англии - в середине XVII века) начался переход от Средних веков к Новому времени, охвативший XVII-XVIII века. В этот период традиционно врач (в то время статус врача закреплялся только за терапевтами; хирурги же считались ремесленниками и объединялись в один цех с... парикмахерами¹) рассматривался как представитель одной из свободных профессий или свободного вида искусства. Основы этого социального статуса врача были определены еще в XIII веке в рамках принципов, выработанных знаменитой медицинской школой в г. Салерно. Цеховые корпоративные ограничения все-таки связывали врача меньше, чем профессионала сферы материального производства. Услуги, как правило, оказывались в частном порядке за индивидуально установленный . Единой сети медицинского обслуживания не было, как и систематически проводимых оздоровительных акций (обычно они осуществлялись в чрезвычайном порядке при приближении эпидемий или пандемий и зачастую запаздывали). Функция обеспечения общественного здоровья и здравоохранения в католических странах по-прежнему в значительной степени выполнялась церковью, а в протестантских странах начала переходить к государству или благотворительным организациям.

В XIX веке, при переходе к индустриальной стадии развития ведущих стран мира, выявились огромные потенциальные возможности для совершенствования знаний, умений, практических навыков людей, формирования научно-технического прогресса как единого, взаимообусловленного поступательного развития науки и техники. Вместе с производством материальных благ развивалась и базировавшаяся на нем сфера услуг.

Французская буржуазия, пришедшая к власти в результате революции, провозгласившей высокие для своего времени гуманные принципы, изложенные в «Декларации прав человека и гражданина», почти непрерывно вела вначале оборонительные, а затем наступательные войны, подчинив своему влиянию почти всю западную Европу. Медицинская служба впервые оказалась в массовом подчинении у военного (или военизированного) руководства и была призвана обеспечивать своими средствами ведение боевых действий.

Политика правителей монархической Европы вынуждена была учитывать, что социально-экономические условия жизни под влиянием революционных идей существенно изменились: люди узнали свои права на здоровье и достойные условия жизни, и эти права необходимо было обеспечить. Невнимание к ним немедленно порождало активизацию социальной борьбы.

Переход к крупному машинному производству, появление городов с миллионным населением поставили новые задачи перед здравоохранением. Достижения научно-технического прогресса оказывают все большее влияние как на теоретические исследования в области охраны и укрепления здоровья, так и на врачебную практику. Совершенствуется медицинский инструментарий, делает успехи фармацевтическое производство. Возникают специализированные предприятия по изготовлению медицинского оборудования, лекарственных препаратов и средств ухода за больными, а также по продаже этих товаров.

Конец XIX века ознаменовался появлением двух принципиально новых явлений в сфере здравоохранения: открытием возможности индустриального подхода к оказанию медико-профилактических услуг в массовом порядке и возможностью привлечения дополнительных финансовых ресурсов через организацию медицинского страхования широких слоев населения, и прежде всего рабочих. Обязательное создание страховых фондов и больничных касс на предприятиях стало одним из достижений той социальной политики, которую проводил в Германии канцлер Отто фон Бисмарк. Его современник и во многом единомышленник, выдающийся ученый и общественный деятель Рудольф Вирхов добился значительного улучшения санитарного состояния немецких городов и проведения ряда оздоровительных мер в больницах и школах. В это же время впервые в медицинскую деятельность вовлекаются женщины - появляется такая категория медицинского персонала, как сиделки и медицинские сестры (сестры милосердия); для женщин, стремящихся получить высшее врачебное образование, открываются двери аудиторий и клиник медицинских факультетов.

В первой половине XX века человечеству пришлось решать сложнейшие научно-технические, производственные, геостратегические, идеологические и социально-политические задачи, причем отнюдь не всегда в тех цивилизационных формах, которые были известны в истории.

В период после / *мировой войны* медицина освоила многие профессиональные и общетехнические достижения военных лет: возникли медицинский автотранспорт и медицинская авиация; для нужд здравоохранения начала использоваться радиосвязь; появились рентгеновские установки, развилась фото-и кинотехника, усовершенствовались оптические приборы; стали внедряться изделия из пластмасс; фармацевтическое производство все более сближалось с такой новой для того времени отраслью, как химическая промышленность.

Однако период *великого кризиса* и *великой депрессии* 1929-1933/37 гг. заметно сказался на области производства медицинских услуг, поставленной преимущественно на чисто рыночные основы. Одним из путей выхода из кризиса стали новое усиление государственного регулирования и проведение активной политики в здравоохранении. Так, эти меры, были одним из элементов антикризисного «*нового курса*» президента США Франклина Рузвельта.

Повышенное государственное внимание к здравоохранению сохранялось и в период // *мировой войны* (1939-1945 гг.), которая вновь потребовала максимального напряжения сил всех стран. Медицинским службам опять пришлось решать двойную задачу: выполнение профессионального долга на фронте и обеспечение здоровых условий труда и быта в тылу.

II мировая война сменилась периодом *холодной войны*, наиболее активная фаза которой охватывала 1946-1970 гг. Для капитализма, находившегося в состоянии общего кризиса, было необычайно важно дать адекватный ответ на брошенный ему социализмом вызов, в том числе и в плане успешного решения многих медико-профилактических проблем, остро стоявших на протяжении длительного времени. Таким ответом стали национализация системы здравоохранения в целом (например, в Великобритании) или упрочение государственного контроля над этой отраслью в других странах.

В 1970-1982 гг. напряженность сменяется *периодом разрядки*, необходимость которой была вызвана нарастанием кризисных явлений как на Востоке, так и на Западе. На Западе они включали крупнейший за вторую половину XX века циклический кризис 70-х годов - энергетический, связанный с повышением роли нефти и газа, структурный, порожденный изменением позиций американского доллара, экологический, продовольственный. Совокупность этих явлений не могла не сказаться на ситуации с индивидуальным и общественным здоровьем во всех странах и регионах западного мира. Активизировавшиеся контакты между учеными, врачами-практиками и организаторами здравоохранения разных стран привели к разработке многих стандартов и норм в оказании медицинской помощи, которые начали применяться во всем мире.

В 1982-1991 гг. здравоохранение вновь стало рассматриваться как область деятельности, к которой применимы законы рынка, хотя и с учетом ее специфических особенностей.

Наконец, *современный период*, начавшийся с 1992 г., характеризуется не только интеграционными процессами в Европе и интенсивным развитием социально-ориентированной рыночной экономики Китая, но и сохранением характерного для всего XX века комплекса противоречий, в том числе и в области охраны здоровья. Это противоречия между ведущими мировыми экономическими центрами (США, Западная Европа, Япония), между геополитическими Западом и Востоком, между промышленным Севером и аграрным перенаселенным Югом планеты.

Современная мировая экономическая карта услуг здравоохранения в начале XXI века выглядит следующим образом.

Во-первых, на ней выделяются системы здравоохранения экономически развитых государств - это страны Большой Семерки (США, Канада, Великобритания, Франция, ФРГ, Италия, Япония), другие развитые страны Европы, а также Австралия, Новая Зеландия, ЮАР, Сингапур. Элементами этих систем являются находящиеся в сложном взаимозависимом сочетании все известные на сегодняшний день хозяйственные формы оказания услуг: частная медицинская практика, государственная территориальная и ведомственная медицина, страховая медицина, медицинская деятельность общественных организаций. В тесной связи со здравоохранением находится деятельность по охране окружающей среды и пропаганде активного, здорового образа жизни. Для одних стран (США) характерно более четко выраженное рыночное начало, для других (Западная Европа) - плановое регулирование, для третьих (Япония) - действие традиций.

Во-вторых, обращают на себя внимание системы здравоохранения новых индустриальных стран. По уровню предоставления массовых медицинских услуг они во многом отстают от развитых стран, но этот разрыв постепенно сокращается; особых успехов добились страны Азиатско-Тихоокеанского бассейна и ведущие страны Латинской Америки (Мексика, Бразилия, Аргентина).

В-третьих, следует отметить серьезные проблемы систем здравоохранения развивающихся стран, особенно стран наименьшего развития (значительная часть стран

Африки, ряд стран Азии). Здесь прогресс здравоохранения, как и отраслей материального производства, не успевает за ростом населения и обострением продовольственных кризисов, возникающих, несмотря на все достижения аграрной революции.

Наконец, так называемые новые независимые государства (страны территории СССР и Восточной Европы) переживают парадоксальный, не всегда социально оправданный период разрушения сложившейся государственной системы здравоохранения, а также формирования рынка медицинских услуг, во многом уступающего тому, который мы можем наблюдать в современном мире.

Таким образом, сфера производства услуг в целом и здравоохранение как одна из ее важнейших отраслей развиваются вместе со сферой материального производства и в свою очередь оказывают на нее обратное видоизменяющее влияние. Совершенствуется материально-техническая база - вещественно-энергетический фактор всякой профессиональной деятельности. Совершенствуется и трудовой потенциал, личный фактор, неотделимый от своего носителя - работника. В итоге совершенствуется общественный организм в целом.

Однако исторический прогресс - не простое поступательное движение, а необычайно сложный, многовекторный, противоречивый процесс, в чем нас еще раз убеждают обозначенные выше вехи истории формирования и развития медицинских услуг.

В настоящее время мировая цивилизация в хозяйственном плане находится на новом переходном рубеже, получившем название *трансформационной экономики*. Такая экономика должна обеспечить создание основ информационного общества, в котором все больший трудовой потенциал будет задействован не в сфере производства материальных благ и услуг как таковых, а в области производства услуг информационного характера - от научно-технической до управленческой и рекламной информации.

Для нашей страны и ряда других стран с переходной экономикой (в связи со сменой плановой модели экономической системы на рыночную) участие в мировых трансформационных процессах необычайно усложняется. Решая задачи перехода к рыночным отношениям, следует учитывать, что формирование рынка в данном случае не цель, а лишь средство, обеспечивающее более активное и плодотворное участие нашей страны в мировых цивилизационных процессах.

Говоря об экономических проблемах, встающих перед здравоохранением в связи с переходом к модели хозяйствования с доминированием рыночных отношений, необходимо в самом общем виде остановиться на вопросах о сущности, принципах действия и условиях формирования рынка (многие аспекты этих отношений ниже будут рассмотрены более подробно).

Рынок, т. е. сфера обращения жизненных благ, действующая по правилам товарного хозяйства, в абстрактной форме может быть определена как совокупность свободных экономических связей в рамках действующих законов. Ограничительное влияние на свободу рыночного поведения оказывают две группы законов.

Первая группа - экономические законы, носящие объективный характер, не зависящие от желания и воли людей. Например, один из фундаментальных экономических законов - это закон стоимости, по которому товары, в том числе и услуги, не могут быть проданы по ценам (цена - это денежное выражение стоимости) меньшим, чем затраты на их производство и реализацию.

Вторая группа - юридические законы. Они имеют субъективный характер, принимаются и отменяются людьми. Такие законы могут давать полный простор рыночным отношениям, ограничивать и даже запрещать их; при этом важно разработать механизм осуществления того или иного закона. Деятельность здравоохранения всегда имеет особый правовой статус, регламентируется специальными законодательными документами.

Рыночные отношения строятся на определенных *принципах*:

1) принцип взаимной заинтересованности участников экономических связей - производителя и потребителя, продавца и покупателя. Покупатель (пациент) заинтересован в удовлетворении своих потребностей, производитель (врач) - в предоставлении соответствующей услуги;

2) принцип платности, возмездности. Этот общеэкономический принцип *затраты-выпуск* в условиях рынка проявляется очень зримо через взаимообусловленное движение потоков товарной и денежной масс;

3) принцип эквивалентности, равенства между оплаченным и полученным благом, служащий основой характерных для рынка договорных, контрактных отношений.

Каковы условия формирования рыночных отношений?

Первое и наиболее важное условие - это многообразие типов собственности и видов хозяйствования, что ведет к созданию конкурентной среды, без которой рынок не функционирует или далек от совершенства.

Собственность - понятие более широкое, чем хозяйствование; в рамках одного типа собственности возможны несколько видов хозяйствования. Например, частная собственность объединяет деятельность физических лиц, индивидуальные и частные предприятия, совместные частные предприятия, закрытые или открытые акционерные общества, кооперативы и т.п. Государственная собственность включает деятельность предприятий, организаций, учреждений федерального, регионального, муниципального, ведомственного подчинения.

Для отечественного здравоохранения основным типом собственности в течение длительного времени была государственная собственность при законодательно (конституционно) закреплённом общенародном характере самого государства. Однако ее преобладание не исключало наличия нескольких видов хозяйствования. Так, взаимодействовали территориальная и ведомственная системы лечебно-профилактических учреждений, система звеньев хозрасчетного (платного для пациентов) здравоохранения, система специализированных научно-исследовательских структур клинического, санитарно-гигиенического и фармацевтического направлений. Легально существовала частная врачебная практика. В конце 80-х годов XX века появились медицинские кооперативные и арендные предприятия. Поэтому задача переходной экономики при реализации первого условия формирования рынка состоит для здравоохранения не в том, чтобы заново создавать многообразие собственности и хозяйствования, а в том, чтобы развить это многообразие, придать ему современные черты и пропорции, оптимальные для конкретной обстановки.

Многообразие типов собственности и видов хозяйствования связано с созданием конкурентной среды, различающейся по формам (внутри- и межотраслевая), методам ведения борьбы (ценовая и неценовая), по ее последствиям (обогащение и разорение) для различных групп участников рынка.

Выделяются также такие важнейшие формы конкуренции, как совершенная и несовершенная.

Совершенная (чистая, свободная) конкуренция рассматривается экономической наукой как идеальная, труднодостижимая на практике модель рынка. Система свободной конкуренции обладает рядом признаков, анализ которых позволяет выявить их идеальный характер:

1) бесконечное множество участников, в любой момент начинающих и прекращающих свою деятельность;

2) абсолютная подвижность ресурсов, которые автоматически направляются туда, где их применение наиболее прибыльно;

3) максимальная однородность предлагаемых групп товаров, отсутствие навязчивой рекламы;

4) информационная открытость, отсутствие коммерческих тайн;

5) независимость в принятии рыночных решений.

Степень приближения реального рынка к своей идеальной модели отражает уровень зрелости (цивилизованности) рыночных отношений.

Несовершенная конкуренция представлена рядом действующих моделей рынка.

Первая модель несовершенной конкуренции - *чистая монополия*. Однако ситуация с одним производителем или продавцом товара чрезвычайно редка. Чаще встречается вариант *монопсонии*: один покупатель или потребитель товара (например, государство при закупке услуг военной и судебной медицины, карантинной и санитарно-эпидемиологической служб и др.).

Вторая модель - *олигополия*, реальный рынок конкретного товара. В этом случае имеется несколько лидеров - олигархов, вокруг которых группируются остальные заинтересованные участники рыночных отношений. Явное преобладание олигархов над остальными участниками и их стремление к корпоративной защите своих интересов делают эту модель конкуренции (лат. - столкновение) нежелательной.

Третья модель считается наиболее предпочтительной - это *частичная (монопольная) конкуренция*. При такой модели участников рынка достаточно много; они находятся примерно в равных условиях и используют имеющиеся преимущества - частичные монополии (более современную технику, более квалифицированный персонал, удачное расположение предприятия, возможность оказания дополнительных услуг и пр.) для достижения своих целей, прежде всего для получения прибыли. Поэтому задача переходной экономики - поддерживать здоровые, перспективные виды конкуренции как двигатель прогресса и поставить под контроль интересы монополистов и олигархов с тем, чтобы они не вредили интересам государства.

Второе условие формирования рыночных отношений - это возможность предпринимательства.

Предпринимательство (бизнес) может быть определено как экономическая деятельность с целью получения денежного дохода в форме прибыли от реализации товара. Существуют виды экономической деятельности, альтернативные предпринимательству. Например, экономическая деятельность в рамках личного подсобного или домашнего хозяйства, цель которой - получить желаемый результат в натуральной форме. Так, врач, лечащий членов своей семьи, выполняет экономическую функцию, но не является предпринимателем. Те же действия (услуги) врача, предоставляемые постороннему человеку за деньги или другое вознаграждение, - это бизнес. Услуга здесь превращается в товар, а врач становится предпринимателем, который должен обзавестись разрешением на занятие частной практикой, уплатить налог на полученную прибыль и т.п.

Другая альтернатива предпринимательству - экономическая деятельность бюджетных (государственных) и благотворительных (частных) организаций, которая в совокупности характеризуется как некоммерческая, т. е. не ставящая перед собой цели получения прибыли. Однако в условиях недостаточного бюджетного финансирования некоммерческие структуры, в том числе и в здравоохранении, разворачиваются в сторону бизнеса (предоставление части услуг на коммерческой основе, сдача в аренду помещений и оборудования, выполнение платных работ и т.д.).

Еще одна альтернатива - экономическая деятельность лиц наемного труда. При этом работники, собственники трудового потенциала, включая интеллектуальные и творческие возможности, получают денежный доход в форме заработной платы, а прибыль при наличии наемного персонала присваивается работодателем, собственником средств производства материальных благ и услуг.

Рассмотрение прибыли в качестве важнейшего экономического показателя в здравоохранении характерно именно для экономики, осуществляющей переход к рынку. При этом, однако, важно не допустить, чтобы чисто коммерческие мотивы в деятельности лиц и предприятий, связанных с охраной и укреплением здоровья, вытеснили профессиональные (научно-исследовательские) и гуманные мотивы, выражающиеся в

наличии экономического, медицинского и социального видов эффективности здравоохранения. Поэтому задача переходной экономики в процессе реализации 2-го условия формирования рынка - это создание такого общественного мнения, при котором занятие бизнесом и получение прибыли рассматривались бы с точки зрения социальной ответственности и вклада в реальное развитие отраслей экономики, отражающих не только сугубо частные, но и общенациональные интересы.

Третье условие перехода к рынку - равный допуск к ресурсам всех участников рыночных отношений, заинтересованных в их приобретении.

Любая производственная деятельность, т. е. сознательный, целенаправленный процесс создания жизненных благ (материальных благ и услуг), необходимых для существования и развития каждого человека, определенных социальных групп и общества в целом, не может быть осуществлена без наличия определенных условий или факторов производства. Фактор производства становится экономическим ресурсом в том случае, если выясняется его определенная ограниченность и ценность.

Ресурсы - это сложный и многоаспектный объект для исследования. Используя различные подходы к их классификации, можно получить несколько вариантов группировки ресурсов.

1-ю, самую обобщенную группу, составляют трудовые, материальные и финансовые ресурсы. Их формирование, функционирование и экономическое движение (кругооборот) - основа основ хозяйственной деятельности любого предприятия или лица.

2-я группа - это заменяемые и незаменимые ресурсы. Например, недостаток оборудования в определенных случаях можно заменить более интенсивным использованием трудовых ресурсов. Вместе с тем труд специалиста, высококвалифицированного профессионала, может оказаться незаменимым.

3-я группа - собственные и заемные ресурсы. При нехватке собственных средств должна иметься возможность найма трудовых, аренды материальных, получения в кредит финансовых ресурсов.

4-я группа классифицирует ресурсы по степени редкости - от очень распространенных до редких и уникальных.

Наконец, 5-я группа включает воспроизводимые, частично (условно) воспроизводимые и невозпроизводимые ресурсы. Полное, рациональное использование имеющихся ресурсов, направленное на удовлетворение многообразных потребностей общества, - цель эффективно действующей экономической модели.

Задача переходной экономики при реализации 3-го условия формирования рынка в обеспечении, помимо декларативного провозглашения создания рынка услуг здравоохранения, и реальной возможности его функционирования. А для этого должен быть создан целый комплекс сопутствующих рынков - медицинской техники и технологии; лекарственных препаратов и средств ухода за больными; банковских и внебанковских кредитов; труда для специалистов соответствующих профиля и квалификации; информации о предоставляемых услугах и т.п. При этом не должно быть никакой дискриминации в допуске к ресурсам представителей различных типов собственности и видов хозяйствования.

Четвертое условие формирования рыночных отношений - возможность потребительского выбора.

Всякое производство осуществляется ради потребления. Если созданное материальное благо (услуга) не находит своего потребителя, не реализуется, его производство становится не только бесприбыльным, но и бессмысленным.

Потребности очень разнообразны; обычно их группируют по парам. Так, выделяются потребности: производственные (технологические, промежуточные) и личные (конечные); первостепенные (жизненно важные) и не первостепенные; физиологические и социальные; материальные и духовные; рациональные (разумные) и нерациональные; реальные и ирреальные (вымышленные); удовлетворяемые индивидуально и совместно.

Выделяют также абсолютные и действительные потребности. Абсолютная потребность реальна, но для ее удовлетворения требуется применение новейших (как правило, дорогостоящих) достижений науки, техники, технологии. Действительная потребность удовлетворяется массовым производством. Время, за которое абсолютная потребность перейдет в разряд действительных, характеризует степень восприимчивости данной экономической модели к научно-техническому прогрессу.

Теория потребительского поведения различает 2 разновидности выбора: 1) выбор по потребностям, дифференциальный спектр которых был представлен выше и которые могут быть охарактеризованы применительно к услугам здравоохранения; 2) выбор по финансовым, платежным возможностям, которые у значительной части потенциальных потребителей разнообразных товаров, включая жизненно важные услуги здравоохранения, весьма ограничены.

Задача переходной экономики при реализации 4-го условия формирования рынка заключается в обеспечении совместимости обеих разновидностей потребительского выбора, не только мнимом (рекламно-витринном), но и реальном насыщении рынка товарной массой. Одним из путей решения этой задачи является стремление к максимальной градуировке товаров. Каждый товар при этом представляется в виде ряда модификаций, составляющих некую шкалу - от низких (самых скромных, но доступных по ценам) вариантов определенного товара до высоких (самых престижных и дорогих). Например, услуга стационарного лечения может быть предоставлена в роскошных индивидуальных апартаментах, в палате на 2-4 человек или на 6-8 пациентов. При этом, конечно же, дифференциация должна касаться лишь внешней стороны услуги, а основное ее содержание - оставаться неизменным и предоставляться по потребности в соответствии с установленным профессиональным стандартом.

Наконец, пятое условие формирования рыночных отношений - необходимость государственного контроля за рыночными процессами. При классификации рынка по степени управляемости выделяются 3 важнейших структурных элемента.

Во-первых, это *стихийный, неуправляемый рынок* (правильнее было бы назвать его самоуправляемым). Равновесие между спросом и предложением, созданной массой товаров и платежеспособностью основных слоев потребителей достигается в этом случае лишь на короткое время и мучительным путем - через кризисы относительного перепроизводства. Классический период таких кризисов закончился в 30-х годах XX века. Поэтому когда некоторые сторонники «чистого рынка» вспоминают о принципе невидимой руки, расставляющей по местам всех участников хозяйственного процесса, они (вольно или невольно) впадают в иллюзию, пытаясь вырвать из контекста это высказывание Адама Смита и применить его вне историко-экономических реалий XVIII века.

Во-вторых, существует *регулируемый рынок*. Само по себе это неплохо, но вот вопрос: в интересах какого общественного слоя происходит регулирование? Ведь рынок может быть отрегулирован в интересах крупных монополий, олигархических групп, в интересах агрессивной группировки, захватившей власть в государстве и т.п.

Третий вариант, который представляется наиболее оптимальным, - *социально-ориентированный рынок*. Здесь управление рыночными процессами осуществляется в интересах широких масс населения. Формы и методы перехода к социальной рыночной экономике могут быть различными: от современного китайского варианта социализма до социал-демократических моделей в Европе, экономики патерналистского типа в Японии и некоторых других азиатских странах и т.п. При этом можно привести девиз известного экономиста и политика Людвиг Эрхарда (отца «немецкого чуда» - ускоренного развития ФРГ в 60-е годы XX века): «конкуренция - насколько возможно, регулирование - насколько необходимо». Нет нужды доказывать, что к экономическим процессам в здравоохранении это высказывание может быть применено в полной мере.

Таким образом, реализуя 5-е условие формирования рынка, переходная экономика должна не уменьшить, а сохранить и в некоторых случаях даже упрочить позиции государства - важнейшего регулировщика рыночных процессов, модернизировав его функции в соответствии с реалиями сегодняшнего и завтрашнего дня. Государство обязано разработать и соблюдать организационно-правовые основы рынка: статус, права, обязанности, гарантии и ответственность его участников.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение предмета экономики здравоохранения.
2. Определите место экономики здравоохранения в современной структуре экономических знаний.
3. Какие, на ваш взгляд, этапы экономической истории здравоохранения являются наиболее значимыми?
4. Сформулируйте важнейшие проблемы, стоящие перед отечественным здравоохранением на современном этапе.

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

Выберите правильный ответ.

1. Экономика здравоохранения - это часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- А) фундаментальных экономических наук;
- Б) конкретных экономических наук;
- В) прикладных экономических наук;
- Г) специальных экономических наук;
- Д) другому (какому?) блоку экономических наук.

2. Установите соответствие:

1. Наличие определенных закономерностей А) Индукция, развития тех или иных процессов во времени. Б) Синтез.

2. Возможность поэтапного исследования В) Единство логического данного объекта. и исторического.

3. Формирование категориального состава, Г) Научная абстракция, понятийного аппарата исследования. Д) Анализ.

4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.

5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.

3. Справедливы ли следующие утверждения (да - нет):

1. Основные этапы общей истории, истории экономики и экономической истории здравоохранения совпадают.

2. Экономическая история здравоохранения имеет свою периодизацию, не совпадающую с периодизацией общей истории и истории экономики.

3. Здравоохранение как самостоятельная отрасль хозяйства действует на всем протяжении истории человечества.

4.0 наличии экономических процессов в здравоохранении имеет смысл говорить лишь относительно последних 100-150 лет.

5. Ускоренное развитие сферы услуг - это один из признаков перехода к постиндустриальному обществу.

4. Сопоставьте историко-экономические события и хронологические даты:

1. Формирование сферы профессионально А) Начало XX века, оказываемых медицинских услуг. Б) 4-3 тыс. лет до н.э.

2. Наличие четко выраженной внутриотраслевой В) 2-я половина XIX века, специализации в медицинской деятельности. Г) Середина XIX века.

3. Начало активного применения достижений Д) II век. научно-технического прогресса в медицине.

4. Возникновение страховой медицины.

5. Становление здравоохранения как самостоятельной отрасли народного хозяйства.

5. Подберите ключевые термины для характеристики задач отечественного здравоохранения, действующего в условиях переходной экономики:

1. Создание конкурентной среды. А) Потребности.
2. Возможность предпринимательства. Б) Социально-ориенти-
3. Ресурсное обеспечение. рованный рынок.
4. Возможность потребительского выбора. В) Прибыль.
5. Необходимость государственного Г) Монополия, регулирования. Д) Факторы

производства.

6. Укажите, какие основные изменения хозяйственного аспекта деятельности, направленной на сохранение и укрепления здоровья, произошли в первобытную эпоху, в Древнем мире, в Средние века, в периоды Новой и Новейшей истории; сведите эти материалы в таблицу.

7. Разработайте схему, в которой были бы представлены основные группы стран современного мира и указаны проблемы, стоящие перед ними в области производства услуг здравоохранения.

8. Рассмотрите условия перехода отечественной экономической модели к рынку и сформулируйте основные задачи, возникающие перед здравоохранением в связи с реализацией каждого из условий.

9. Приведите примеры потребностей в услугах здравоохранения, соотнесите их со структурой потребностей, представленной в тексте.

10. Проследите взаимосвязь экономических проблем здравоохранения со сложившейся структурой современной экономической науки, представленной в тексте. Представьте этот материал в виде схемы.

11. Каковы экономические признаки аграрного, индустриального, постиндустриального, информационного общества? Как изменяется экономическое положение медицинской деятельности в каждом из них?

ГЛАВА 2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК КОРПОРАТИВНАЯ СИСТЕМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Понятие макроэкономическая корпорация. Здоровоохранение и социальный сектор. Понятие общественное благо. Общественное здоровье и общественное здравоохранение. Действия по охране здоровья. Системы здравоохранения.

Современная система экономических отношений в здравоохранении пока не позволяет полностью гарантировать доступность и соответствующие стандарты качества медицинской помощи всем категориям граждан. Однако поддержание здоровья населения зависит также от общего экономического роста, выработки и реализации действенной общественной политики укрепления здоровья, создания благоприятной окружающей среды, от работы многих отраслей и сфер, обслуживающих здравоохранение или косвенно влияющих на изменение здоровья населения, поведенческие и даже биологические факторы. Контроль за этими факторами и управленческое воздействие на них с целью достижения ожидаемых результатов требуют развития корпоративных отношений в здравоохранении, координации усилий не только различных ведомств и учреждений, неправительственных, частных организаций, но и использования регулирующих функций со стороны государства (центральных и местных органов власти).

Современная концепция охраны здоровья должна включать межсекторальную совокупность мер экономического, политического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, а также активную роль государства. Именно поэтому приоритетным направлением является формирование гибкой модели корпоративного управления здравоохранением. В данном случае под корпорацией мы подразумеваем *союз*, объединяемый общностью профессиональных интересов участников, работающих на рынке медицинских услуг, призванных обеспечивать процесс улучшения здоровья населения. В этом смысле экономические отношения здравоохранения по форме, содержанию и социально-экономической природе отображают деятельность макроэкономической корпорации, соединяющей разнопрофильные производства, отрасли и секторы экономики, регулируемые государством. Все они прямо или косвенно обслуживают здравоохранение (схема 1).

В этой связи важнейшим направлением организационного развития корпоративных отношений в здравоохранении является формирование *сетевых систем*, обеспечивающих различные формы взаимодействия хозяйствующих субъектов на уровне отрасли, региона и Федерации. Принципом формирования таких систем является признание автономии и необходимости взаимодействия субъектов корпоративных отношений. При этом все субъекты имеют равные права, а степень их участия в макроэкономической корпорации определяется потенциальным вкладом в достижение межотраслевой цели (в данном случае - улучшение здоровья населения). Руководство и контроль в означенной корпорации можно осуществлять с помощью договоров, путем совместного принятия решений, разработки нормативных оценок. Деятельность каждого субъекта корпорации ориентирована на промежуточные отраслевые задачи, однако конечная цель должна быть реализована в виде обобщающего результата их взаимодействия. В связи с этим структурная перестройка отраслей, обслуживающих здравоохранение, предполагает переход к межотраслевым показателям работы, ориентированным на улучшение здоровья населения. В качестве интегральной оценки результатов деятельности макроэкономической корпорации могут выступать средняя прибыль, объем инновационного продукта, производительность, степень удовлетворения потребностей в услугах и товарах медицинского назначения. При этом экономический механизм реализации ответственности за улучшение здоровья населения должен

Схема 1. Экономические отношения здравоохранения как макроэкономическая корпорация. обладать гибкостью правовых, финансово-экономических отношений, а

активизация межсекторальных действий обусловлена предоставлением льгот, налоговых поощрений, субсидий и беспроцентных кредитов отраслям экономики, работающим на повышение эффективности здравоохранения.

Развитие кооперационных связей внутри макроэкономической корпорации должно привести к формированию стратегических альянсов, позволяющих сообща решать вопросы технологического роста и создания новых благ медицинского назначения, улучшающих здоровье населения. В самом здравоохранении в этом случае рождается модель «управляемой медицинской помощи», которая и действует как корпорация. Эта корпорация разрабатывает общие правила управления и администрирования, а для определения объемов финансирования использует норматив на душу населения.

Тем не менее специфические черты социального сектора как элемента структуры общественного производства также определяют развитие экономических отношений в здравоохранении. Поэтому необходимо выявить влияющие на экономику здравоохранения особенности социального сектора, действие которого предполагает наличие конкретной совокупности расходов на социальную помощь, социальное страхование и социальные услуги.

Услуга социального сектора выступает как *общественное* или *частное* благо. Остановимся на этих понятиях подробнее.

Услуга¹ - это благо, предоставляемое в форме деятельности, не имеющее материального выражения и существующее только в момент его оказания (получения).

Все жизненные блага можно разделить на 4 основных вида:

- исключаемое общественное (коллективное) благо;
- общее благо;
- чистое частное благо;
- чистое общественное благо (схема 2).

При таком подходе в основу легли два критерия: степень исключаемости из потребления и степень конкурентности.

Характеристикой *чистых общественных благ* является их низкая конкурентность и низкая исключаемость. К ним относятся: внутренняя безопасность, национальная оборона, обеспечение правил дорожного движения (сигнал светофора). Практически эти блага неисключаемы и неконкурентны - действительно.

Схема 2. Основные виды благ и их характеристик трудно помешать кому-либо воспользоваться ими. Дополнительные пользователи ничего не прибавят к эксплуатационным расходам. Более того, эти блага одинаково доступны для всех, поэтому пользователи не конкурируют между собой в их получении. Например, в здравоохранении: противоэпидемические мероприятия становятся достоянием больших групп населения. Они выгодны как конкретному лицу, так и обществу в целом. Противоэпидемические мероприятия - неисключаемое благо, так как люди не могут быть исключены из сферы его потребления, более того, им можно пользоваться без прямой оплаты.

В отличие от этого большинство других благ конкурентны в потреблении (например, когда вы покупаете апельсины, исключается возможность для кого-либо еще купить именно эти апельсины). Конкурентные товары и услуги распределяются среди отдельных лиц. В этом случае речь может идти о *чистых частных благах*. Пример частного блага - потребление услуги стоматолога, выполнившего сугубо индивидуальный заказ пациента. Отсюда проистекает важность достижения однородности конкретных товаров, соблюдения правил стандарта, сертификации.

Возможны и блага с такими характеристиками: низкая исключаемость, но высокая конкуренция (например, грибы или лекарственные растения в лесу, рыба в реке). Это *общие*, но не общественные блага. Здесь высокая конкуренция существует потому, что этими благами может воспользоваться тот, кто пришел за ними первым. При рассмотрении особенностей данных благ иногда используется термин «трагедия общих

благ», поскольку при их потреблении возникает проблема хищнического, небережного отношения к данному богатству общества, и чисто экономическими мерами эта проблема не решается. Это, например, касается таких общих благ, как общественные парки, автобусные остановки, уличные таксофоны.

Если благо обладает такими свойствами, как высокая исключаемость, но низкая конкуренция, то речь идет об *общественном (коллективном) благе*. Оно потребляется сообща, коллективно, но ограниченными группами людей (концерт в консерватории, пользование библиотеками, лечение инфекционных заболеваний).

Таким образом, социальная сфера производит услуги (и сопутствующие товары) для удовлетворения не только общественных, но и индивидуальных потребностей. Сказанное в полной мере относится к здравоохранению.

Услуги, предоставляемые здравоохранением как общественные блага, обладают следующими свойствами:

- ограниченность действия принципа исключаемости из потребления, т. е. отсутствие способа исключения индивида из процесса пользования этими благами;
- неделимость, т. е. часто возникающая невозможность предоставления этих благ отдельным лицам;
- трудность нормирования при определении затрат на производство и потребление;
- трудность выражения в стоимостной (денежной) форме;
- превышение числа пользователей над числом покупателей этих услуг. Данные свойства присущи чистым общественным благам, однако таких благ немного (противоэпидемические программы и т.п.). Большинство же услуг социальной сферы, в том числе и здравоохранения, этими характеристиками обладают не в полной мере и имеют товарную природу, поэтому в предоставлении этих благ возможно участие как государства, так и частного сектора с использованием рыночных механизмов.

Именно в социальном секторе обеспечиваются социальные потребности общества, создаются условия для жизнедеятельности человека. В социальном секторе производятся как материальные, так и нематериальные услуги, используются основные средства, материальные и трудовые ресурсы, осуществляется инвестиционное обеспечение. В этом смысле социальный сектор можно рассматривать как организованное производство, где определяющими являются социальные критерии.

Фактически социальный сектор должен решить следующие вопросы:

- Как предпочтения потребителей превратить в цели, преследуемые государством?
- Какие блага поставлять на рынок?
- Как их поставлять наиболее эффективно? Социальный сектор выполняет следующие функции:

- распределение и обмен;
- предоставление потребительских услуг;
- охрана здоровья населения;
- просвещение, наука и культура;
- управление;
- охрана общественного порядка.

В социальный сектор включаются: здравоохранение; физическая культура; социальное обеспечение; просвещение, культура и искусство; наука и научное обслуживание; социальное страхование; управление; деятельность общественных организаций и некоторые другие виды деятельности, создающие благоприятные условия для жизни.

Все это - отрасли нематериального производства. *Нематериальное производство* - это сфера приложения сервисного труда, в которой в рамках экономических отношений производятся как материальные, так и нематериальные услуги, а также организуется обслуживание процесса потребления социальных услуг.

Критериями отнесения здравоохранения к сфере нематериального производства могут служить:

- 1) социальная направленность услуг (цель предоставления услуг - удовлетворение социальной потребности человека);
- 2) совпадение во времени производства и потребления услуг (потребитель может оценить полезность и качество услуги только после получения услуги);
- 3) невозможность хранения и транспортировки услуг;
- 4) связь услуги с ее производителем (в процессе предоставления услуги происходит личный контакт потребителя и производителя).

Социальный сектор, в том числе здравоохранение, является частью макроэкономической корпорации. Экономические отношения здравоохранения по форме, содержанию и социально-экономической природе должны отображать деятельность этой корпорации, объединяющей разнопрофильные производства и сектора экономики, регулируемые государством. Деятельность каждого из субъектов корпорации должна быть ориентирована на промежуточные отраслевые задачи, которые стратегически, через гибкие финансово-экономические, материальные и мотивационные механизмы, подчинены конечной цели (улучшение здоровья населения, получающего услуги в системе здравоохранения) в завершающем звене корпорации, специализированном на данном виде деятельности. Источниками развития социально-экономических отношений здравоохранения являются позитивные перемены, обуславливающие улучшение здоровья населения и реализуемые через адекватные нормативно-правовые, организационные, финансово-экономические, технологические, управленческие механизмы взаимодействия субъектов отношений, включая координирующие и регулирующие функции государства.

Экономической основой деятельности макроэкономической корпорации является многообразие форм собственности, а управление ею осуществляется на базе договорных отношений и формирования стратегических альянсов. Еще раз подчеркнем, что межотраслевым результатом, к которому стремится макроэкономическая корпорация путем экономического, технологического и организационного взаимодействия ее субъектов, становится улучшение здоровья населения и каждого человека.

Здравоохранение - это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения.

Общественное здравоохранение (Public Health as a system) - это система обеспечения охраны и улучшения здоровья граждан, включающая профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, осуществляемые под контролем общества и с использованием общественных ресурсов.

Общественное здоровье (Public Health as a resource) - медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности. Общественное здоровье обусловлено комплексным воздействием социальных, экономических, поведенческих и биологических факторов; его улучшение способствует увеличению продолжительности и качества жизни, благополучию людей, гармоничному развитию личности и общества.

Ключевой аспект спроса на медицинские услуги - каким образом можно сократить потребность в медицинских услугах и улучшить главные показатели здоровья населения. Здесь возникают два важных вопроса: как реформы сектора здравоохранения должны способствовать улучшению здоровья населения и в какой степени сложившаяся система охраны общественного здоровья может способствовать планированию и осуществлению указанных реформ? Однако прежде необходимо определить, что понимается под охраной общественного здоровья.

В деятельности по охране здоровья выделяются 5 направлений:

- 1) разработка общественной политики укрепления здоровья,
- 2) создание благоприятной окружающей среды,

- 3) усиление общественной активности,
- 4) развитие личных умений и знаний,
- 5) переориентация служб здравоохранения.

При этом центральным аспектом является необходимость межсекторальных действий. Если такие факторы, как бедность, неправильная структура питания или потребление табака, являются одной из основных причин заболеваний, то для их устранения необходимо задействовать центральное и местные правительства, неправительственные организации и общественные группы, а также частные организации.

Итак, под *охраной здоровья* понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни.

Необходимость реформирования системы охраны здоровья населения России обусловлена целым рядом обстоятельств, главными из которых являются:

- кардинальные изменения, происходящие в экономическом укладе страны;
- недооценка комплексности проблемы охраны здоровья;
- утрата доверия значительной части населения к качеству оказания медицинской помощи, и прежде всего в первичном звене здравоохранения;
- несоответствие существующей сети лечебных учреждений экономическим возможностям регионов и государства в целом.

Цель реформы - создание системы охраны здоровья населения России, интегрированной в новые экономические условия. Эта система должна представлять собой многоуровневый механизм обеспечения реализации мер, направленных на создание и укрепление здоровья каждого человека.

Главным фактором, обеспечивающим интеграцию системы охраны здоровья в рыночную экономику, является отход от политики патернализма государства в этой области. Несбалансированная опека со стороны государства снизила ответственность врачей, граждан, развила пассивность и безразличие по отношению к своему здоровью.

Для отхода от политики патернализма со стороны государства необходимо:

- изменить приоритеты в функциях механизма управления здравоохранением;
- изменить систему финансирования охраны здоровья населения;
- реструктурировать систему лечебно-профилактической помощи населению;
- создать на федеральном и муниципальном уровнях органы, регулирующие и координирующие социальную политику в области охраны здоровья населения;
- изменить кадровую политику и систему подготовки кадров, в том числе в области управления и экономики отрасли.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- Соблюдение прав человека (и гражданина) в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
 - Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан.
 - Доступность медико-социальной помощи.
 - Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
 - Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.
- Основными задачами в области охраны здоровья являются улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, реализация федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, создание экономических и социальных условий, способствующих снижению распространенности и уменьшению влияния на человека факторов риска. Для реализации перечисленных задач необходимы:

1) обеспечение межведомственного и многоуровневого подхода в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни;

2) создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний;

3) создание условий и вовлечение различных групп населения в активные занятия физкультурой и спортом;

4) обеспечение населения качественной бесплатной медицинской помощью в рамках Программы государственных гарантий;

5) определение направлений деятельности в области охраны здоровья населения.

По экспертным оценкам, реализация мероприятий по профилактике только 2 наиболее распространенных факторов риска (артериальной гипертонии и курения) позволит через 5 лет снизить их распространенность на 20% и уменьшить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, что равносильно сохранению жизни ежегодно примерно 25 тыс. человек трудоспособного возраста.

Улучшение структуры питания населения и повышение качества пищевых продуктов с одновременным увеличением на 25-30% численности систематически занимающихся физкультурой обеспечат снижение распространенности избыточной массы тела на 20-30% и, как следствие, уменьшение заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний соответственно на 10 и 5%.

Законодательного обеспечения требует финансовая политика, способствующая развитию программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний с учетом, в частности, того, что расходы на здравоохранение должны постепенно увеличиваться.

Источниками финансирования профилактических мероприятий являются средства бюджетов всех уровней, медицинского и социального страхования, предприятий, учреждений и организаций, личные средства граждан и иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации. Важным источником пополнения средств могут стать отраслевые программы укрепления здоровья работников и членов их семей, а также часть средств, получаемых от налогообложения.

Факторы, препятствующие проведению реформ в здравоохранении:

- дефицит финансовых ресурсов;
- усиление структурных диспропорций;
- снижение уровня управления системой охраны здоровья;
- недостаточно совершенная законодательная база;
- снижение объемов профилактической и диагностической помощи;
- нерациональное использование ограниченных финансовых ресурсов;
- отсутствие мотивации к здоровому образу жизни;
- ухудшение экологической среды;
- имущественное расслоение и дифференциация населения по доходам;
- снижение реального уровня основных для большей части населения видов доходов (заработная плата, пенсии, пособия), рост безработицы.

Социально-экономический механизм охраны здоровья граждан - это устойчивая система социально-экономического взаимодействия социальных групп друг с другом, а также с государством на рынке медицинских услуг в условиях функционирования обязательного медицинского страхования (ОМС) в сфере производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Система регулируется целесообразным экономическим поведением социальных групп; общественными потребностями гарантированной, бесплатной, доступной, качественной медицинской помощи; социальными институтами общества.

При осуществлении социально-экономических реформ в здравоохранении в нашей стране в соответствии с законодательством о медицинском страховании была введена система ОМС. Однако чтобы эта система стала экономически эффективной,

здравоохранение должно пройти переходный этап, позволяющий создать условия для новой системы экономических отношений. Черты переходного периода в экономике здравоохранения:

- Создание системы медицинского страхования как условия становления рыночных отношений в здравоохранении в сочетании с государственными гарантиями бесплатности и доступности медицинской помощи населению.

- Процесс перехода от экстенсивного к преимущественно интенсивному развитию здравоохранения.

- Ослабление жесткого иерархического контроля над системой здравоохранения, отход от государственно-директивного регулирования здравоохранения, рекомендательный характер определенной доли управленческих решений.

- Сохранение государственной и муниципальной собственности на основные и оборотные средства; некоторое допущение разгосударствления собственности; появление коллективно-долевой и частной собственности в здравоохранении, появление организационно-правовых форм предпринимательства (медицинских кооперативов, акционерных обществ, частнопрактикующих врачей).

- Допущение коммерциализации государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), развитие платных медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения; передача ЛПУ прав самостоятельного хозяйствования.

- Возникновение системы многоканального финансирования учреждений здравоохранения (бюджетные средства, средства ОМС, доходы от добровольного медицинского страхования - ДМС и платной медицинской деятельности, другие виды доходов).

- Изменение функций аппарата управления здравоохранением.

- Отход от преимущественно административно-командных методов управления и попытка более широкого использования экономических и правовых методов: рациональное расходование финансовых средств (деньги следуют за пациентом; чем больше медицинских услуг оказывает ЛПУ, тем больше средств поступает на его расчетный счет); попытка создания системы регрессивных исков к физическим и юридическим лицам, ответственным за вред, причиненный здоровью застрахованных граждан.

- Постепенное внедрение в практику лечебно-хозяйственной деятельности экономического анализа и экономических оценок эффективности медицинской помощи, активизация социологических исследований в области социальной сферы и здравоохранения.

- Обострение противоречия между экономическими интересами государства, направленными на сохранение бесплатности медицинской помощи, и интересами ЛПУ, ведущих борьбу за выживание в условиях дефицита финансовых средств и в связи с этим разворачивающих платную медицинскую деятельность; чрезмерные обязательства государства перед гражданским обществом в области бесплатного здравоохранения без достаточной ресурсной базы.

Многие исследователи считают, что в современных условиях ключевыми вопросами являются:

- подготовка нормативно-правовых документов, касающихся регламентации и регулирования государственного и негосударственного секторов рынка медицинских услуг;

- упорядочение принципов сочетания государственного и частного страхования и финансирования медицинских программ;

- экономическое регулирование деятельности медицинских учреждений, участвующих в выполнении программ ОМС;

- развитие системы ДМС и рынка платных медицинских услуг при условии их подчиненного, дополнительного характера по отношению к системе ОМС.

Именно становление рынка медицинских услуг могло бы стать одним из важнейших механизмов привлечения дополнительных средств для финансирования системы здравоохранения. Для решения этой задачи необходимы преобразование экономических форм собственности и организационных форм предпринимательской деятельности в здравоохранении, либерализация экономики здравоохранения, особенностями которой являются:

- Преимущественно интенсивное развитие экономики.
- Равноправное существование всех форм собственности и всех форм предпринимательства в условиях сохранения значительного государственного сектора в здравоохранении.
- Первостепенное внимание к социальной политике (преобразование экономики, реформирование здравоохранения - не цель, а средство создания условий для достойной и здоровой жизни каждого человека); реализация и разработка общегосударственных программ здравоохранения, поддержка профилактической направленности медицины, пропаганда здорового образа жизни.
- Создание стабильной законодательной базы здравоохранения.
- Экономически обоснованные гарантии бесплатной медицинской помощи малоимущим слоям населения.
- Приоритетность государственного финансирования социальной сферы; сохранение многоканальной системы финансирования; развитие финансовой инфраструктуры в здравоохранении - так называемых небанковских кредитных организаций, дающих ссуды на оплату высокотехнологичных дорогостоящих видов медицинской помощи; финансовая стабилизация системы здравоохранения.
- Предоставление налоговых льгот здравоохранению как социально значимой отрасли, испытывающей дефицит финансовых средств, с целью накопления ресурсов, усиления социальной ответственности общества за экономическое развитие здравоохранения.
- Стандартизация в здравоохранении как условие создания единой системы государственного управления качеством медицинской помощи, определения обоснованных объемов финансирования и цен на медицинские услуги.
- Преимущественно экономические методы управления здравоохранением.
- Первенство качественных показателей и показателей эффективной деятельности учреждений здравоохранения, в основе которых лежит осуществление программирования и бизнес-планирования.
- Поддержание баланса экономических интересов государства, учреждений здравоохранения и граждан.

Все это характеризует здравоохранение как корпоративную систему в составе социальной сферы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что подразумевается под макроэкономической корпорацией здравоохранения?
2. Что характерно для экономических отношений в здравоохранении?
3. Как должен осуществляться контроль гражданского общества за деятельностью макроэкономической корпорации в здравоохранении?
4. Каково направление организационного развития корпоративных отношений в здравоохранении?
5. Какие системы здравоохранения вам известны?
6. В чем может проявляться либерализация экономики здравоохранения?
7. В чем выражается социальная ответственность государства за состояние здравоохранения и улучшение здоровья населения?
8. Кто является основными поставщиками экономических ресурсов для здравоохранения в качестве субъектов макроэкономической корпорации?

9. Каким должен быть межотраслевой результат экономического, технологического и организационного взаимодействия субъектов макроэкономической корпорации?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. В чем состоит различие таких понятий, как:

А) здоровье;

Б) здравоохранение;

В) общественное здравоохранение; Г) охрана здоровья.

2. Проанализируйте медицинский, социологический и экономический подходы к исследованию здоровья. Составьте соответствующую таблицу.

3. Какие основные направления деятельности по охране здоровья, указанные в тексте, являются, с вашей точки зрения, наиболее приоритетными для Российской Федерации?

4. Составьте схему, которая сопоставляла бы различные виды медицинских услуг и факторы, определяющие уровень общественного здравоохранения.

5. Проанализируйте, основываясь на своем понимании проблемы, перечисленные в тексте причины необходимости реформирования отечественной системы охраны здоровья, начиная с наиболее главных.

6. Политика патернализма в деле охраны и укрепления здоровья - это:

А) определение функций механизма управления здравоохранением; Б) создание регулирующих органов социальной поддержки населения;

В) система финансирования охраны здоровья;

Г) несбалансированная опека со стороны государства при оказании медицинских услуг населению.

7. Сопоставьте действие сформулированных в тексте принципов охраны здоровья граждан с известной вам хозяйственной практикой в здравоохранении.

8. Какие из перечисленных проблем при реализации важнейших направлений деятельности в области охраны здоровья населения, по вашему мнению, наиболее существенны для современной Российской Федерации?

9. Приведите примеры, характеризующие факторы, препятствующие проведению реформ в отечественном здравоохранении.

10. Как, по вашему мнению, можно добиться максимальной реализации прав потребителя медицинских услуг в период реформ здравоохранения?

11. Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

А) действия различных государственных структур;

Б) действия различных специалистов здравоохранения;

В) мероприятия экономического, социального и правового характера;

Г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

12. Источники финансирования профилактических мероприятий имеют:

А) бюджетный характер;

Б) внебюджетный характер;

В) характер пожертвований частных лиц; Г) комплексный характер.

ГЛАВА 3. ЗДОРОВЬЕ КАК ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Сущность экономической категории. Здоровье как результат деятельности в здравоохранении. Предмет и средства труда в здравоохранении, процесс производства медицинской услуги. Индивидуальное здоровье. Общественное здоровье. Факторы, определяющие состояние здоровья.

Любая область научных знаний имеет свою терминологию, определенный категориальный состав, служащий основой для формирования понятийного аппарата научно-исследовательской и учебно-методической деятельности. Категория развивает и уточняет термин, делает его более четким и понятным. Следовательно, *категория* - это принятое в данной науке наиболее общее обозначение какого-либо факта, процесса, явления.

Экономическая наука изучает общественную форму производственной деятельности, постоянно изменяющуюся в ходе исторического процесса. Экономисты рассматривают *экономические отношения*, т. е. отношения, которые объективно складываются между людьми при *создании, распределении, обмене и потреблении жизненных благ* (материальных благ и услуг). Перечисленные 4 группы отношений составляют элементы единой системы и отражают последовательное прохождение жизненным благом циклических фаз своего существования: произведенное благо распределяется, обменивается, используется. Потребление является импульсом для нового витка производственной деятельности, для начала процесса воспроизводства. Ядром этой системы экономических отношений выступают отношения собственности на средства производства и создаваемые с их помощью жизненные блага, а периферию системы составляют экономико-правовые отношения, регулирующие и регламентирующие все ее части.

Для исследования и изучения экономических отношений разработан ряд общепринятых в данной науке терминов - экономических категорий. *Экономическая категория* - это абстрактное (обобщенное) выражение экономических отношений. Следовательно, в определении термина или в формулировке той или иной категории должны отразиться некоторые экономические отношения. Так, в формулировке рынка как экономической категории подчеркивается, что это отношения избирательного типа хозяйственных связей в рамках тех законов, которым подчиняется данная экономическая модель. *Собственность* - это экономические отношения между людьми в части присвоения или отчуждения каких-либо имущественных объектов. *Прибыль* - это экономические отношения между людьми в процессе производства, распределения и применения доходов физического или юридического лица, полученных от реализации товара.

Иногда дать определение какой-либо категории достаточно сложно, при этом зачастую трудности возникают, когда речь, казалось бы, идет о чем-то совершенно простом и всем понятном.

К числу таких сложных при кажущейся простоте категорий, с трудом поддающихся однозначному и четкому определению, принадлежит категория *здоровье*. Существует много вариантов формулировок того, что следует называть здоровьем. Первую попытку выработать такое определение еще в IV веке до н.э. предпринял Аристотель, врач по образованию, один из крупнейших древнегреческих философов-энциклопедистов, считающийся «отцом» экономической науки, который отмечал терминологическую неоднозначность здоровья, когда писал, что человек может быть здоровым в целом и здоровым одной из частей своего организма. Формулировка, разработанная ВОЗ, гласит, что под здоровьем понимается состояние полного благополучия человека, связанное с его плодотворным участием в различных видах деятельности.

Как виды деятельности человека и функции его организма чрезвычайно многообразны, так и здоровье, вне всякого сомнения, следует рассматривать как одну из универсальных категорий, различные аспекты которой представляют интерес для разных наук. Так, если рассматривать здоровье в качестве экономической категории, можно считать его выражением экономических отношений, связанных с охраной и укреплением физического, психического и социального благополучия человека. В экономическом аспекте здоровье - это результат труда как услугопроизводящей деятельности в здравоохранении.

Государственная система здравоохранения в России - одна из ведущих отраслей сферы производства услуг. Свойства медицинских услуг можно систематизировать следующим образом:

1. Общие свойства:

- неосвязаемость (нематериальный характер) услуги до ее получения;
- неразрывность производства и потребления услуги;
- неоднородность или изменчивость качества;
- неспособность услуг к сохранению впрок (сиюминутность).

2. Экономические составляющие:

- себестоимость;
- рентабельность;
- эффективность;
- цена услуги;
- методика ценообразования.

3. Медико-социальные свойства:

- своевременность;
- доступность;
- качество.

Все услуги, предоставляемые в системе здравоохранения, можно разделить (А.А.Лебедев, Ю.П.Лисицын) на лечебные, диагностические, профилактические, реабилитационные, медико-экспертные, парамедицинские, социальные, по подготовке кадров, их аттестации и сертификации, по аккредитации и лицензированию, сервисные.

Сформулируем понятие *медицинская услуга*: это профессиональные действия, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья индивидуума. Основные особенности медицинских услуг заключаются в следующем:

- результат профессиональной деятельности воплощен в самом человеке;
- характер услуги индивидуальный;
- результативность не связана напрямую с величиной затрат;
- результат разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия;
- услуги предоставляются в материализованном или нематериализованном виде;
- стоимость услуги - величина динамичная.

Учитывая, что медицинская помощь складывается из целого комплекса предоставляемых услуг, попытаемся сформулировать это понятие, исходя из экономической сущности здравоохранения как непроизводственной отрасли народного хозяйства: это предоставление медицинских услуг и использование товаров медицинского назначения для сохранения или поддержания оптимального уровня здоровья населения.

Любая деятельность, направленная на производство как материальных благ, так и услуг, имеет предпосылки, без которых сам производственный процесс и достижение поставленного результата становятся невозможными. Важнейшими из таких предпосылок (или простых моментов труда) являются предмет (объект) труда, а также средства и условия труда. Рассмотрим их подробнее.

Всякий вид производства как сознательной, целенаправленной деятельности имеет свой *предмет (объект) воздействия*. Для сферы производства материальных благ в

качестве предметов труда выступают вещества и объекты природы, включая сырье, полуфабрикаты, вторичное сырье и т.п. В ходе преобразования этих предметов труда человек получает определенный продукт - вещество и энергию, которые в экономике рассматриваются либо как средства производства, либо как предметы личного потребления. На рынке эти продукты выступают как капитальные и потребительские товары.

Для сферы производства услуг ситуация с исследованием предметов труда выглядит несколько более сложной. Услуга - любое мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой и которая в основном неосвязаема и не приводит к завладению чем-либо. Производство услуг может быть связано или не связано с товаром в его материальном виде.

Услугам присущи следующие свойства, которые необходимо учитывать при разработке маркетинговых программ: неосвязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость.

Ф. Котлером предложена наиболее простая и удобная классификация услуг:

I. По источникам:

а) предоставляемые только человеком;

б) предоставляемые человеком с использованием технического оснащения (с автоматизацией или без нее).

II. По присутствию клиента:

а) есть;

б) нет.

III. По мотивам приобретения услуги клиентом:

а) для удовлетворения собственных нужд;

б) для деловых нужд.

IV. По мотивам поставителя услуг:

а) коммерческая или некоммерческая деятельность;

б) обслуживание отдельных лиц или услуги общественного характера.

Итак, сфера услуг делится на отрасли, связанные с производством: 1) материальных услуг; 2) чистых (нематериальных) услуг. В материальных услугах, например в изобразительном творчестве, предмет труда - это то же самое вещество природы (холст художника, мрамор скульптора), но результат их работы интересует нас не как материальное благо - по размеру или весу, а с точки зрения того эффекта (услуги), который мы получаем при созерцании (потреблении) данного произведения искусства. В чистых услугах, не имеющих отдельного материального носителя для результата деятельности, в качестве предмета (объекта) труда выступает либо общество (услуги государственного управления, правоохранительных органов), либо индивидуум (услуги образования, здравоохранения).

Каждый живущий человек (и даже еще не появившийся на свет или уже завершивший свою жизнь) - это потенциальный предмет профессиональных производственных усилий медицинского, лечебно-профилактического характера, которые осуществляются в конкретных общественно-исторических формах труда.

Средства труда - это все то, что помещается между индивидуумом, осуществляющим производственный процесс, и объектом воздействия. Сюда относятся средства (орудия) труда, которые удлиняют конечности и усиливают мышцы работника, а также все средства труда, которые имеют емкость, служат для транспортных и коммуникационных целей. Особое место в составе средств труда занимают земля (территория), топливо и энергия. Одни и те же средства могут применяться для разных видов производства; принципиальной дифференциации средств труда между сферами производства материальных благ и производства услуг нет. Сфера услуг может потребить и использовать огромное количество средств труда, предъявляя все более возрастающие требования к их качеству.

Давно прошли времена, когда в саквояже врача находились лишь простейшие ручные инструменты и другие средства воздействия на больного (арсенал лечебного труда). Современное здравоохранение располагает следующими основными группами средств, которые обеспечивают предоставление медицинских услуг на уровне требований сегодняшнего дня:

1) здания, сооружения и целые клинические городки, которые могут располагаться на значительной территории и создаваться по типовым или индивидуальным проектам;

2) разнообразное оборудование более общего и более специального характера, весь медицинский инструментарий и вся техника: от простейших до самых сложных видов, от распространенной до уникальной, от стандартной до инновационной;

3) транспортные средства, а также средства связи и средства, предназначенные для сбора, обработки и хранения информации, включая радиоэлектронные и компьютерные устройства;

4) лекарственные препараты готовых и рецептурных форм, имеющие химико-фармацевтическую или природную основу, и различные способы воздействия на пациента;

5) средства ухода за больными, начиная от самих больничных коек и другой мебели и завершая перевязочным материалом и гигиеническими средствами, одеждой и продуктами питания для больных;

6) средства, создающие приемлемые условия труда врачей и других категорий медицинского персонала, обеспечивающие достаточную степень комфортности их работы.

При соединении объекта труда и средств труда в здравоохранении может начаться *процесс производства медицинской услуги*, направленный на достижение поставленной цели - получение продукта или результата труда в форме определенного полезного эффекта охраны и укрепления здоровья.

Предоставление медицинских услуг целесообразно рассматривать с 2 точек зрения. С *организационно-экономической* точки зрения, формы оказания услуг здравоохранения могут быть самыми разнообразными. Здесь могут действовать стационары, поликлиники, медицинские учебные заведения со своей лечебной базой, диспансеры, диагностические центры, амбулатории, лаборатории, санатории, консультационные пункты, отдельные кабинеты врачей и медицинские части; медицинские услуги могут оказываться и в рамках личного домашнего хозяйства, вплоть до самолечения. Само здравоохранение, функционирующее как отрасль экономики, взаимосвязанное с рядом других отраслей, должно иметь соответствующие управленческие структуры разных уровней и назначения, штат специалистов-менеджеров и т.д. Организация здравоохранения в наибольшей степени отражает технологию лечебно-профилактического процесса. С *общественно-экономической* точки зрения, важно, кто является собственником средств труда, применяемых в процессе услуг здравоохранения (государство, представленное различными органами территориальной и ведомственной власти, общественная организация, частное лицо или группа частных лиц и т.д.), каковы источники финансирования, оплаты процесса оказываемых услуг (бюджет, деньги страховых компаний, деньги самого пациента и т.п.), кто и в каких формах присваивает получаемый при этом доход, как происходит вознаграждение работников и т.п. *Способы воздействия* в процессе производства услуг здравоохранения, т. е. способы работы системы *врач-пациент*, весьма разнообразны. Во-первых, врач (медицинский работник) может использовать все способы воздействия, применяемые в материальном производстве: механические, физические, химические, биологические. Кроме того, в распоряжении врача есть еще один способ - социальное воздействие на больного. Больной, пациент - это человек, т. е., как и врач, - носитель сознания, поэтому взаимодействие врача и пациента накладывает определенный отпечаток на характер медицинской услуги (лечится не болезнь, а больной). Положительный вариант взаимодействия помогает получить

желаемый результат. Наконец, как отмечалось выше (гл. 2), процесс производства услуг здравоохранения совпадает с процессом их потребления. Основой для рыночных отношений в данном случае является информация об услугах, которые могут быть оказаны. И еще одна особенность: если для врача медицинский инструментарий и лекарственные препараты - это средства труда, то для пациента - предметы личного потребления.

Время, в течение которого осуществляется процесс производства медицинских услуг, включает ряд элементов:

1) подготовительный период, связанный со сбором анамнеза, составлением истории болезни, выяснением личности пациента, условий его быта, профессиональной деятельности и т.п.;

2) рабочий период, включающий осмотр и обследование больного, проведение анализов, постановку диагноза и первые врачебные назначения;

3) период, в течение которого пациент выполняет назначения врача, оказывающие соответствующее воздействие и устраняющее причину болезни;

4) перерывы в процессе производства медицинских услуг. Они бывают оправданными (технологическими или физиологическими), после которых лечение возобновляется в нормальном ритме, и неоправданными, включая различные форс-мажорные обстоятельства. Самое плохое положение - когда перерыв возникает из-за недостатка денежных средств как у врача (ЛПУ), так и у пациента.

5) заключительный период, когда врач добивается результата (полное или частичное выздоровление пациента) и дает рекомендации на будущее. Особенностью является то, что результат работы врача определен также, как в сфере производства материальных благ, где степень профессионального и экономического риска гораздо ниже.

Потребитель услуг здравоохранения и действительный носитель позитивного *результата медицинской деятельности* (сохраненного и укрепленного здоровья) - конкретный человек. В связи с этим выделяется такая категория как *индивидуальное здоровье*. Самооценка здоровья пациентом проявляется через личное ощущение бодрости и отличного самочувствия. Объективно здоровье выражается через устанавливаемые медицинскими методами нормы, параметры, показатели функционирования физической основы и индивидуального сознания пациента при его обращении за услугой к врачу или при предоставлении профилактических услуг (диспансеризация). Сбор, сопоставление и обработка полученных информационных данных может привести к желаемому диагнозу: данный человек практически здоров.

Однако человек не существует отдельно от других - напротив, люди объединяются, группируются по различным признакам, формируя определенные социальные и экономические группы, составляющие население города, региона, государства. Таким образом, здоровье населения определяется через оценку здоровья составляющих его социально-экономических групп. По каким критериям можно сгруппировать население в социально-экономическом аспекте и какие выводы о здоровье населения можно сделать, исследуя эти группы? Первый способ группировки - по полу. В каждой стране или отдельных регионах государства не только по естественным причинам, но и по сложившимся историко-культурным традициям население выполняет разные социально-экономические функции, что сказывается на неоднозначности положения со здоровьем мужчин и женщин.

Вторая группировка - по возрасту: дети, трудоспособное население и люди пенсионного возраста. Разные социально-экономические роли, которые объективно выполняет человек на определенных стадиях своего жизненного цикла, влияют не только на показатели его здоровья, но и на здоровье близких и окружающих людей.

Третья группировка - по месту жительства. В этом случае оценивается плотность проживания (например, в городе и сельской местности).

Четвертая группировка - по социальному статусу (рабочие, служащие, безработные и т.д.).

Пятая группировка - по распределению доходов. Она характеризуется весьма высокой степенью зависимости объемов и качества предоставляемых услуг здравоохранения от материального благосостояния пациента.

В экономической теории распределение доходов исследуется с помощью графика, на котором выстраивается так называемая кривая Лоренца (рис. 1). Линия ОА - идеальный вариант, при котором распределение доходов среди населения абсолютно равномерно. Линия ОДСВА (кривая Лоренца) показывает действительное распределение доходов. В приведенном варианте первые 25% населения (наиболее состоятельные люди, основные собственники средств производства) присваивают 50% доходов, следующие 25% (средний класс) - еще 25% доходов, а на оставшуюся половину населения (очевидно, это пенсионеры и другие социально уязвимые слои населения) остаются последние 25% дохода.

Степень неравномерности распределения доходов, влияющая и на возможность поддерживать показатели здоровья различных групп населения, определяется с помощью коэффициента Джини. Он рассчитывается как соотношение площадей треугольника AOE к многоугольнику L . Чем меньше коэффициент Джини, тем более равномерно распределяются доходы.

На макроэкономическом уровне исследования здоровья как экономической категории рассматривается *общественное здоровье*, т.е. состояние здоровья в целом для того или иного государства, группы стран (субконтинента), континента, всего мира. Общественное здоровье определяется с использованием ряда обобщенных (агрегированных) показателей:

1. *Численность населения и его популяционная характеристика.* С учетом динамических изменений показателя (увеличение популяции, нулевой ее рост, депопуляция, миграция) осуществляется кратко- и долгосрочное прогнозирование объемов медицинской помощи.

Рис. 1. Распределение доходов в обществе (кривая Лоренца).

2. *Уровень рождаемости.* По данным экспертов-консультантов ООН, в конце 2000 г. на Земле родился 6-миллиардный житель. По абсолютному числу рождающихся лидирует Китай, население которого составляет 1 млрд 300 млн человек. По темпам прироста населения лидирует Индия (более 1 млрд человек), которая к 2050 г. должна занять 1-е место в мире по числу жителей (на уровне 1 млрд 600 млн человек). Еще одним лидером является Бангладеш, где отмечается наибольшая плотность населения на 1 км². Состояние демографического взрыва переживает Африка.

3. *Уровень смертности.* Наименьшая продолжительность жизни также отмечена в Африке. Во многом это связано со сложностями в социально-экономическом положении развивающихся стран. Очень настораживают депопуляционные процессы в нашей стране: начиная с 90-х годов XX века (весь период реформ) население Российской Федерации постоянно уменьшается, причем во многом - за счет трудоспособного населения.

4. *Структура заболеваемости.* Низкая рождаемость и высокая (более 70 лет) продолжительность жизни характерны, например, для стран Западной Европы. В целом к наиболее распространенным относятся инфекционные заболевания, сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет. Изучение структуры заболеваний в зависимости от пола и возраста пациентов позволяет экономически эффективно распределить ограниченные материальные и финансовые ресурсы, организовать подготовку медицинских кадров - общего профиля и специализированных.

О каком бы виде здоровья ни пошла речь (об индивидуальном здоровье, здоровье отдельных групп населения или об общественном здоровье в целом), для воссоздания реальной картины необходимо рассмотреть факторы, которые влияют на здоровье и

определяют его состояние. Однако исследуя любой аспект здоровья - профессиональный (медицинский), социальный или экономический, мы обязательно придем к выводу, что важнейший фактор, влияющий на уровень здоровья, - это *здоровый образ жизни*, недопущение болезни. Болезнь сложнее (и дороже) вылечить, чем предотвратить.

Из каких подфакторов складывается понятие здорового образа жизни?

1. *Подфактор экологии* (от «*ойкос*», греч. - население, дом, хозяйство). Экологичность образа жизни имеет первостепенное значение. Близость природы, свежий воздух, чистая вода, использование натуральных материалов и продуктов - все это основа здорового образа жизни. Проблема, однако, заключается в том, что действие этого фактора блокируется целым комплексом социально-экономических противоречий, присущих жизни большей части людей современного мира.

2. *Подфактор праксеологии* - т. е. соблюдение норм здоровой практической деятельности. Еще И.М. Сеченов с физиологической точки зрения впервые доказал, что оптимальная продолжительность рабочего дня с нормированным (станочным) трудом составляет 8 ч. Отступления от этих границ, безусловно, вредят здоровью. Исключение составляет творческий (ненормированный) труд.

3. *Подфактор эргономики* - т. е. закономерное соответствие между параметрами человеческого организма и выполняемой физической и умственной нагрузкой. Хорошо выверенное соотношение обеспечивает плодотворный труд и восстановительный отдых. В противном случае происходит изнашивание организма. Это особенно важно учитывать при организации труда женщин, подростков, а также лиц с тяжелыми условиями труда.

4. *Подфактор валеологии*. Знание правил здорового труда и быта, т. е. здорового образа жизни и, главное, их реальное применение позволяют успешно решать возникающие проблемы, снижать воздействие отрицательных влияний на ранних стадиях их проявления. Не случайно вслед за экологией валеология и безопасность жизнедеятельности все прочнее утверждаются в качестве самостоятельных предметов общеобразовательного цикла в различных учебных заведениях.

5. *Подфактор социальной психологии*. Индивидуальное, социально-групповое и общественное сознание должно быть (в этом залог будущего) развернуто к культуре здорового образа жизни и искоренению пороков, как порожденных давними традициями, так и только что возникших. Отсюда важность выявления групп повышенного риска и диспансеризационно-профилактической работы с ними.

От социально-экономических и медико-экономических вопросов обратимся к чисто экономическим проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением. Услуга по охране и укреплению здоровья - это товар, подобный всей массе товаров, которыми являются (или могут являться) все жизненные блага, т. е. материальные блага и услуги. *Товар* - это объект рыночных отношений, сделок, продаж. На рынке любого конкретного товара, в том числе и на рынке услуг здравоохранения, взаимодействуют два исходных параметра, важнейших для экономического анализа, - *спрос* и *предложение*.

Спрос определяется как совокупность потребностей. Потребности в услугах здравоохранения делятся на общие, предъявляемые так или иначе каждым человеком (потребность в услугах врача общего профиля), групповые, имеющие значение лишь для определенной части людей (потребность в услугах педиатра, гинеколога, геронтолога), и индивидуальные, возникающие в единичном порядке для отдельно взятого человека (потребность в услугах нарколога, аллерголога). Среди факторов, определяющих рыночный спрос на услуги здравоохранения, выделяют *ценовые* и *неценовые* факторы.

Влияние ценовых факторов, в совокупности составляющие экономический закон спроса, таково, что при прочих неизменных условиях чем цена предлагаемой услуги выше, тем спрос на нее меньше. Само же повышение цены охраны и укрепления здоровья может быть вызвано рядом причин.

Неценовые факторы, влияющие на спрос, весьма многообразны.

Во-первых, это изменение потребностей, которое может как увеличивать, так и уменьшать спрос на услуги здравоохранения (такой объективный рост спроса наблюдается в период эпидемий); потребности могут быть изменены и субъективно (гиперили гиподиагностика и др.).

Во-вторых, это уровень доходов и их распределение в обществе; увеличение доходов пациентов может вызвать дополнительный спрос и при росте цены.

В-третьих, это информационное обеспечение данного рынка, а также наличие взаимодополняемых и взаимозаменяемых товаров. Так, врач общего профиля может порекомендовать пациенту пройти дополнительную консультацию у «узкого» специалиста - в этом случае общий спрос возрастет. Деятельность же, к примеру, гомеопатической и традиционной медицины может «оттянуть» к себе часть спроса на обычные услуги здравоохранения.

В-четвертых, на изменение спроса может повлиять субъективное отношение потребителей к услугам, вызванное, в частности, модой. В здравоохранении мода, как правило, влияет на спрос на услуги косметологии, диетологии, пластической хирургии и др.

В-пятых, спрос обычно возрастает при росте качества услуг, создании системы гарантий и гарантийного обслуживания пациентов и т.д.

Рыночное предложение, отражающее потенциальные возможности рынка услуг здравоохранения, как и спрос, зависит от действия ценовых и неценовых факторов. По экономическому закону предложения, при прочих неизменных условиях рост цены вызывает увеличение объема предлагаемых к реализации услуг.

Среди неценовых факторов (точнее - факторов, не связанных напрямую с ценами) могут быть названы следующие:

1) количество и качество ресурсов, которые могут быть использованы при организации дополнительного предложения услуг. Например, нехватка врачебных кадров может затормозить рост предложения даже при увеличении цен на услуги;

2) возможность или невозможность маневрирования имеющимися ресурсами, их взаимозамещения в зависимости от сезона (так происходит во время эпидемий, когда «узкие» специалисты направляются в помощь участковым терапевтам, чтобы увеличить предложение их услуг);

3) уровень технологий, применяемых при оказании тех или иных услуг здравоохранения. Вполне вероятно, что во многих случаях рост их предложения будет сопровождаться переходом на использование новых поколений техники и оборудования;¹

4) величина налогов и субсидий, связанная с финансовой стороной обеспечения роста предложения услуг. К примеру, частная медицина может оказаться финансово незаинтересованной в существенном увеличении объемов своей деятельности, если подавляющая часть получаемой при этом прибыли будет выплачиваться в качестве налога. С другой стороны, рациональное применение налоговых льгот, финансовой поддержки (субсидий) из бюджетных средств могут стимулировать рост предложения тех услуг, потребность в которых в обществе в данный момент увеличивается.

Ситуация с взаимодействием спроса, предложения и цены на рынке охраны и укрепления здоровья осложняется еще и тем, что здравоохранение предоставляет предельно разнообразные услуги. Одни из них, услуги первой необходимости, связанные непосредственно с жизнедеятельностью человека, являются типично неэластичными товарами. Спрос на них в наименьшей степени реагирует на изменение цены. Либо такие услуги оплачиваются (например, через страховые фонды, бюджетные средства), либо показатели индивидуального здоровья, здоровья отдельных социальных групп населения и общественного здоровья в целом резко ухудшаются. Другие услуги здравоохранения - типично эластичные товары, принадлежащие к благам не первой необходимости. Спрос на них очень чутко реагирует даже при незначительных изменениях цены.

Соответственно, предложение услуг этого вида лишь в самых ограниченных размерах должно субсидироваться за счет "государства.

Выше уже отмечалось, что деятельность, направленная на охрану и укрепление здоровья, имеет свой предмет труда (пациент) и средства труда (медицинский инструментарий). Здоровье неотделимо от человека. Поэтому совокупность пациентов и средств медицинского труда составляет средства производства здоровья на индивидуальном, социально-групповом и общественном уровне. Производство здоровья, как и любое другое, направлено на его потребление. Потребление же здоровья - это реальная жизнь каждого человека и всех возможных совокупностей людей. Потребление здоровья, связанное с износом, старением организма, делает необходимым повторение услугопроизводящих процессов, сопровождающееся сменой поколений человечества. Происходит воспроизводство здоровья и самого человека.

Для экономической науки и хозяйственной практики особую важность имеет то, что здоровье человека (физическое и психическое) - первейшая предпосылка наличия у него способности к труду, к любой профессиональной деятельности, т. е. наличия рабочей силы.

Участие в воспроизводстве рабочей силы, трудового потенциала общества, обладающего хорошими показателями в области здоровья, - главная социально-экономическая миссия здравоохранения.

Воспроизводство рабочей силы, как и любое другое, может быть ограниченным (в уменьшающихся масштабах), простым (неизменным) и расширенным (в возрастающих масштабах). Здравоохранение участвует в воспроизводстве рабочей силы на всех стадиях жизненного цикла человека.

Во-первых, это поддержание рождаемости, содействие выходу общества на положительные параметры популяционной динамики, подготовка подрастающего поколения к началу самостоятельной жизни.

Во-вторых, это обеспечение воспроизводства здоровья действующей рабочей силы и всего экономически активного населения, достижение максимально возможной эффективности и ритмичности производства настолько, насколько это связано со здоровьем занятых в нем лиц.

В-третьих, это обеспечение (в любом случае ограниченного) воспроизводства трудового потенциала инвалидов и людей пенсионного возраста, которые еще могут применять свою рабочую силу, получая источник дополнительного дохода в денежной или натуральной форме.

Таким образом, рассмотренные стороны деятельности в здравоохранении приводят к выводу, что здоровье - это очень важная экономическая категория, абстрагироваться от изучения которой современная экономическая наука не имеет права.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какова связь между экономической категорией и экономическими отношениями?
2. Назовите важнейшие предпосылки услугопроизводящей деятельности в здравоохранении; что может быть рассмотрено в качестве ее результата?
3. Дайте определение медицинской услуги. Каковы основные характеристики услуг и отличие медицинских услуг от прочих видов услуг?
4. На каких уровнях может быть проведено исследование здоровья?
5. Охарактеризуйте основные факторы, влияющие на здоровье населения.
6. Какие аспекты, связанные с охраной здоровья, изучаются с помощью кривой Лоренца?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Выберите правильный ответ. Экономическая категория - это:
А) фундаментальный термин, разработанный для исследования рынка;
Б) теоретическое понятие, применяемое только для характеристики хозяйственных процессов в современных условиях;

В) абстрактные выражения экономических отношений;
Г) любое слово, имеющее непосредственную связь с экономикой; Д) специальное определение, которое используется лишь для экономического исследования здоровья.

2. Установите соответствие:

1. Объект сознательного, целенаправленного А) Условия труда, воздействия в производственной деятельности. Б) Процесс производства.

2. Инструменты и орудия производственной В) Результат труда, деятельности. Г) Средства труда.

3. Факторы, обеспечивающие комфортность Д) Предмет труда, производства.

4. Соединение объекта и средств труда.

5. Окончание заключительного периода производственного процесса.

3. Справедливы ли следующие утверждения (да - нет):

1. Социально-экономические функции, выполняемые мужчинами и женщинами, не ведут к различиям в их здоровье.

2. Прохождение определенных стадий жизни людей - это,экономический процесс, который влияет на состояние здоровья данного человека и его окружающих.

3. Проживание в условиях крупного города однозначно отрицательно влияет на здоровье каждого человека.

4. Занятие различными видами деятельности - это критерий группировки людей по состоянию здоровья.

5. Неравномерность доходов в обществе не оказывает воздействия на состояние здоровья населения.

4. Сопоставьте условия, влияющие на здоровый образ жизни, и связанные с ними проблемы.

1. Экология. А) Развитие индивидуального, социально-

2. Праксеология. группового и общественного сознания.

3. Эргономика. Б) Знание и соблюдение здоровых правил

4. Валеология. труда и быта.

5. Социальная психология. В) Соответствие условий деятельности параметрам человеческого организма. Г) Оптимизация продолжительности рабочего и свободного времени. Д) Противоречивый характер взаимодействия.

5. Свяжите имена ученых и направление научно-исследовательских разработок:

1) Аристотель А) Распределение доходов в обществе.

2) К. Маркс Б) Степень социальной неравномерности

3) К. Лоренц в распределительных отношениях.

4) А. Джини В) Терминологическая неоднозначность здоровья.

5) И.М. Сеченов Г) Физиологические основы границ рабочего дня.

Д) Противоположность здоровья и болезни.

6. Дайте определения каждого понятия и сопоставьте их между собой:

А) термин; Б) понятие;

В) категория;

Г) экономическая категория; Д) здоровье.

7. Проанализируйте предмет (объект) производства услуг здравоохранения в связи с имеющейся в тексте классификацией предметов труда в целом.

8. Укажите сходные и различные черты средств профессиональной деятельности в здравоохранении и в сфере производства материальных благ.

9. Охарактеризуйте основные факторы общественного здоровья сегодня в Российской Федерации.

10. Под влиянием каких экономических процессов изменяются спрос и предложение в здравоохранении?

ГЛАВА 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Понятие экономические ресурсы и проблема их ограниченности. Производственные возможности общества. Ресурсное обеспечение здравоохранения как отрасли экономики. Затраты ресурсов (издержки) и их структура. Рациональное и прибыльное использование ресурсов в здравоохранении.

Исходным условием для создания жизненных благ, к которым относятся и медицинские услуги, является наличие у субъектов экономики ресурсов, причем необходимого качества и многообразия. Экономические ресурсы могут быть природными, людскими, денежными, производственными и др.

В процессе создания товаров (материальных благ и услуг) экономические ресурсы выступают факторами производства. *Факторы производства* - это условия производственной деятельности, экономические ресурсы, которые в данном случае становятся элементом процесса производства медицинских услуг.

С функциональной точки зрения могут быть выделены 4 фактора производства:

- 1) земля и природные ресурсы;
- 2) труд;
- 3) капитал;
- 4) предпринимательские способности.

Земля является всеобщим условием любой деятельности. Труд, точнее, трудовой потенциал, выступает в медицинской организации в виде различных групп медицинского и вспомогательного персонала. Капитал может быть представлен как в натурально-вещественной, так и в стоимостной форме, к нему можно отнести здание, которое занимает медицинская организация, складские помещения, медицинское, диагностическое и лабораторное оборудование, накопления в денежной форме. Предпринимательская инициатива руководителей различных подразделений медицинской организации является важным условием производства медицинских услуг.

Главная проблема, связанная с ресурсами, состоит в том, что они ограничены. Имеющихся у определенного экономического субъекта ресурсов (запасов средств, резервов) может не хватить для удовлетворения его потребностей в полном объеме, или полное удовлетворение одной из них исчерпает все имеющиеся ресурсы, и другие потребности останутся неудовлетворенными.

Итак, потребности безграничны и все время растут, а ресурсы ограничены. Такая ограниченность ресурсов по сравнению с потребностями в них обуславливает необходимость выбора одного из альтернативных экономических действий, что будет означать отказ от удовлетворения одних потребностей в пользу других.

В связи со сказанным наиболее важными экономическими вопросами являются:

- что производить (какие товары и услуги) для удовлетворения имеющихся потребностей?
- как производить (из каких ресурсов, по какой технологии)?
- для кого производить?

Эти вопросы возникают именно потому, что ресурсы ограничены, а в реальной экономической ситуации необходимо делать производственный и потребительский выбор. В этом смысле *экономика медицинской организации* - это совокупность знаний о функционировании учреждения здравоохранения как субъекта экономических отношений, о социальной ответственности и экономической целесообразности в поведении медицинской организации, которое заключается в рациональном использовании ограниченных ресурсов для производства медицинских услуг с целью охраны здоровья населения.

Производство товаров, работ, услуг ведется в границах *производственных возможностей*, определяемых используемыми ресурсами. Поэтому любое увеличение

производства какого-либо продукта (или услуги) ведет к сокращению производства другого продукта (или услуги). Например, чем больше будет направлено ресурсов в промышленность, тем меньше их останется для решения проблем социального сектора экономики.

Рассмотрим два экономических блага: товар и услугу. Будем исходить из того, что обеспечены полная занятость и полный объем производства, а количество, качество ресурсов и технологии неизменны. Потребителям необходимо и то, и другое, но они должны выбрать из многих возможностей (альтернатив) одну - оптимальную. Для решения задачи используем следующую таблицу:

Таблица 1. Анализ производственных возможностей общества

Полностью используя ресурсы, мы можем получить либо 4 единицы товара, либо 10 услуг. Между этими крайними точками находятся разные варианты переключения ресурсов с производства услуг на производство товаров или наоборот (рис. 2).

Существует множество вариантов как сочетания товаров и услуг, так и использования того или иного из ресурсов. Цена выбора, или *вмененные издержки*, - это оценка жизненных благ или доходов, которых мы лишаемся, когда выбираем иной вариант действий. Так, мы должны отказаться от 1 услуги, чтобы произвести единицу товара (вариант *Б* по сравнению с вариантом *А*, см. рис. 2). Чтобы произвести еще 1 единицу товара (вариант *В*), мы должны отказаться от 2 услуг, затем - от 3 (вариант *Г*). Если предпочесть вариант *Г* варианту *А*, это будет означать, что мы отказываемся от возможности произвести 6 услуг, чтобы произвести 3 товара. Стоимость 6 услуг и будет ценой нашего выбора. За границей производственных возможностей выбор альтернатив при постоянных условиях невозможен (точка *М*, см. рис. 2).

Возможен вариант неполного использования имеющихся ресурсов даже при наличии потребности в них - именно такое положение характерно для большинства отраслей отечественной экономики, поставленной в условия затяжного системного кризиса.

Есть еще одна проблема: одни и те же ресурсы можно использовать с разной степенью эффективности. Например, врач может быть использован как крестьянин на сельскохозяйственных работах, но это неэффективное использование трудовых ресурсов. Это же правило касается и использования материальных ресурсов: чтобы получить больше товаров, мы должны задействовать и те ресурсы, которые с гораздо большей эффективностью могут быть использованы для производства услуг.

Отсутствие полной взаимозаменяемости ресурсов при переключении их с производства услуг на производство товаров требует увеличения количества ресурсов. Это обстоятельство иллюстрирует действие *закона вмененных возрастающих издержек*, смысл которого состоит в том, что экономические ресурсы не всегда пригодны для полного их использования в производстве альтернативных продуктов. Именно отсутствие взаимозаменяемости ресурсов вызывает необходимость увеличения их количества при переключении с производства одного продукта для получения все большего количества дополнительных единиц другого продукта. Так, чтобы получить, например, больше тканей, нужно использовать и те ресурсы, эффективность которых выше, допустим, при производстве лекарств, т. е. общество несет как бы все увеличивающиеся потери ресурсов. Возрастание же вмененных издержек приводит к уменьшению доходности и снижению эффективности производства.

Анализируя производственные возможности, следует исходить из условий, когда все ресурсы используются полностью, а количество, качество ресурсов и технологии остаются неизменными. Если перечисленные параметры изменяются, неизбежно и изменение границ производственных возможностей.

Термины «эффективность» и «эффект» являются близкими, но не тождественными. *Эффект* - это результат (например, эффект лечения). *Эффективность* - это отношение результата к затратам. Достижение *экономической*

эффективности означает оптимизацию использования всех видов ресурсов при производстве единицы продукта, услуги. Чем больше результат и выше качество при наименьших затратах, тем выше эффективность.

Можно определить эффективность структуры хозяйствующего субъекта в здравоохранении (*структурная* эффективность), *внутреннюю* эффективность деятельности его подразделений, эффективность использования ресурсов здравоохранения (*эффективность произведенных затрат*).

Экономическая эффективность медицинской помощи определяется с помощью анализа, по критериям: *затраты - эффективность, затраты - выгода, затраты - полезность*.

При определении видов медицинской деятельности и объемов необходимых средств предстоит рассмотреть несколько аспектов:

1. Вопросы эффективности самой медицинской помощи - большую или меньшую пользу принесет медицинская услуга.

2. Вопросы соотношения полученного результата и вложенных средств, т. е. выбора условий, при которых можно получить максимальные выгоды при минимальных затратах (или выбора наиболее экономически эффективного варианта по сравнению с альтернативными).

3. Вопросы справедливого использования общественных средств, выделяемых на здравоохранение. Эти вопросы группируются вокруг соображений социального и регионального равенства при получении доступа к услугам здравоохранения.

4. Вопросы ценностей общества - тратятся ли общественные ресурсы на те виды медицинской помощи, которые признаны обществом наиболее важными.

Ответы на эти вопросы особенно важны при определении оптимального набора медицинских услуг, входящих в «Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Преимуществом экономического подхода при распределении ресурсов системы здравоохранения является выработка механизма расчета *затрат* и *выгод* альтернативных решений, что в условиях ограниченности ресурсов способствует обеспечению пациентов максимально возможной и эффективной медицинской помощью.

Ресурсное обеспечение здравоохранения России как отрасли экономики характеризуется следующими показателями.

В 2000 г. в Российской Федерации насчитывалось более 21 250 амбулаторно-поликлинических учреждений системы Минздрава России на 3,53 млн посещений в смену. В их числе 19 044 государственных учреждений на 3,44 млн посещений в смену и 1532 диспансера. Среди самостоятельных ЛПУ - 10 704 больницы, в том числе 4378 - в сельской местности. Стоматологическая помощь оказывалась в 927 самостоятельных стоматологических поликлиниках (бюджетных и хозрасчетных).

Кроме того, в структуре первичной медицинской помощи - 3172 станций и отделений скорой медицинской помощи, а также 44,6 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов.

В стране функционировало 7092 дневных стационара на 109,2 тыс. коек, в которых прошли лечение около 3 млн больных. В 2000 г. занятость койки составила

313 дней в году, а средняя длительность пребывания больного в стационаре - 15,5 дня.

Санаторно-курортная сеть системы Минздрава России насчитывает 1192 санаториев и пансионатов с лечением на 287 518 коек, в том числе 528 детских санаториев на 81 510 коек, и 1196 санаториев-профилакториев на 106 527 коек.

В непосредственном подчинении Минздраву России находятся 858 федеральных санаторно-курортных организаций на 129 тыс. коек, 290 муниципальных - на 29,6 тыс. коек, 374 частных - на 49,5 тыс. коек, 6 иностранных - на 1,4 тыс. коек и 590 смешанных российских - на 117,1 тыс. коек.

Что касается кадрового обеспечения, то в Российской Федерации работают 680,2 тыс. врачей и провизоров (47,2 на 10 тыс. населения). Кроме того, имеется 1563,6 тыс. специалистов среднего медицинского звена (108,4 на 10 тыс. населения). Эти показатели значительно выше аналогичных зарубежных.

Материально-техническая база больничных учреждений и стационаров во многом не отвечает современным требованиям: более тысячи зданий находятся в аварийном состоянии, 1,5 тыс. зданий требуют реконструкции, около 8 тыс. нуждаются в капитальном ремонте; до сих пор большое количество коек размещено в аварийных помещениях. Однако сложившаяся на сегодняшний день система финансирования не позволяет в достаточной мере укреплять материально-техническую базу здравоохранения.

Недостаточное бюджетно-страховое финансирование отрасли привело к значительным расхождениям в средних подушевых нормативах на медицинскую помощь по территориям РФ.

В условиях дефицита средств очень важно эффективно использовать то, что есть, и активно искать внутренние резервы и альтернативные источники ресурсов. Сохраняют свою актуальность проблемы адекватности финансовых ресурсов государственным гарантиям в сфере здравоохранения; усиления государственного регулирования в области обеспечения лекарственными средствами; повышения эффективности инвестиционной политики.

Экономика здравоохранения характеризует не только эффективность использования, но и структуру экономических ресурсов медицинской организации (материальных, финансовых, трудовых). Экономические ресурсы в лечебном процессе превращаются в натуральные затраты, т. е. блага, которых данный экономический субъект лишается при осуществлении производственных действий. Выраженные в денежной форме затраты - это расходы, или издержки. Выделяют постоянные и переменные издержки, прямые и непрямые (иначе - косвенные и накладные).

Постоянные издержки (FC) организация здравоохранения имеет независимо от объема деятельности. К ним, как правило, относят оклад руководителя, выплаты процентов за кредит, арендную плату, коммунальные платежи и т.п. *Переменные издержки (VC)* меняются с изменением объема деятельности медицинской организации, иными словами, переменных издержек будет тем больше, чем больше услуг оказывается. К ним, как правило, относят затраты на материалы, медикаменты, оплату труда медицинского персонала, затраты на рекламу и т.п.

Какие именно издержки считать постоянными, а какие переменными, решается при анализе их структуры, однако критерием служит зависимость или независимость издержек от объема деятельности организации здравоохранения.

Сумма постоянных и переменных издержек при данном объеме деятельности ЛПУ равна *общим издержкам (TC)*.

По другим критериям издержки можно разделить на прямые и непрямые (косвенные).

К *прямым издержкам (DC)* можно отнести те, которые непосредственно участвуют в лечебном процессе, а к *непрямым (IC)* - те, которые обеспечивают условия функционирования медицинской организации, но прямо не участвуют в лечебном процессе.

Средние издержки (AC) определяются путем деления общих издержек (TC) на соответствующий объем производства услуг (Q) данной организации здравоохранения: $AC = TC:Q$. *Предельные издержки (MC)* отражают изменения общих издержек, необходимые для производства каждой дополнительной единицы продукции (услуги): $MC = DTC : DQ$.

Каждый руководитель медицинской организации должен уметь анализировать издержки, рассчитывать их, определять их оптимальное соотношение (например, постоянных и переменных). Предельные издержки рассчитывают, чтобы выяснить,

следует ли расширять деятельность, т. е. во сколько обойдется медицинскому учреждению увеличение объема медицинских услуг, например, на 1 единицу.

Для принятия правильных управленческих решений необходимо учитывать информацию об уровне издержек. Динамика средних издержек дает возможность проанализировать *эффект масштаба*. Распространено мнение, что чем больше оказывается медицинских услуг, тем лучше работает данное лечебное учреждение. С экономической точки зрения это не так. Положительный эффект масштаба производства медицинских услуг достигается только тогда, когда с приростом количества услуг уменьшаются издержки в расчете на единицу медицинской услуги. Если же прирост количества услуг привел к приросту издержек в расчете на одну услугу, образуется отрицательный эффект масштаба, когда необходимо управленческое решение по снижению затрат. Если рост производства медицинских услуг не привел к изменению средних издержек, - это нулевой эффект масштаба.

Издержки делятся также на бухгалтерские и экономические. *Бухгалтерские* представляют собой стоимость израсходованных ресурсов, измеренную в фактических ценах их приобретения (в этом случае применяется термин *себестоимость* как затраты самого предприятия, выраженные в денежной форме). *Экономические издержки* - это издержки упущенных возможностей, или альтернативные издержки.

Издержки можно также охарактеризовать как явные и неявные. К первым относятся бухгалтерские издержки; ко вторым можно отнести затраты труда предпринимателя как собственника данной коммерческой структуры, процент на вложенный им капитал (который мог бы выступать банковским вкладом, приносящим проценты, а не уставным капиталом фирмы).

Издержки упущенных возможностей (вмененные издержки) могут выступать как сумма явных и неявных издержек - в этом различие экономического и бухгалтерского подхода в учете издержек. Контроль не только бухгалтерского, но и аналитического учета помогает главному врачу (как руководителю) принимать верные управленческие решения.

Здравоохранение - необычайно ресурсоемкая отрасль, поглощающая множество материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсов, в рациональном использовании которых должны быть заинтересованы все субъекты экономических отношений. Именно медицинская организация обладает материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами, которые расходуются в процессе оказания медицинских услуг.

Материальные ресурсы медицинской организации можно представить как основные и оборотные средства. К основным средствам относятся: здания, сооружения, коечный фонд, производственная инфраструктура, лабораторное оборудование, транспорт. Количество медицинского и лабораторного оборудования зависит от профиля и мощности учреждения здравоохранения. Основные средства переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг по частям, как физический износ оборудования (здания) - процент амортизационных отчислений за год.

Оборотные средства медицинской организации представляют собой предметы одноразового пользования, лекарственные средства, мягкий инвентарь, денежные ресурсы, кассовые остатки, средства в расчетах и др. Оборотные средства переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг целиком за год. Иначе говоря, к оборотным средствам относятся предметы и материалы, имеющие срок годности до года.

Формирование *трудовых ресурсов* начинается с планирования штатов и персонала. Первый этап - оценка наличия трудовых ресурсов. Руководство медицинской организации должно определить, сколько человек необходимо для выполнения каждого вида деятельности; оценить качество труда работников, уровень их профессиональной подготовки. Следующий этап - прогнозирование численности медицинского и прочего персонала, достаточной для реализации краткосрочных и перспективных целей. Изменения во внешней среде, особенно экономической, могут оказать существенное

влияние на перспективные потребности организации в трудовых ресурсах. Наконец, последним этапом является создание программы, включающей конкретный график и мероприятия по привлечению, найму, подготовке и продвижению работников медицинского учреждения.

Финансовые ресурсы - это денежные средства, находящиеся в распоряжении учреждения. Финансовые ресурсы выступают в 2 основных видах: долгосрочные - в форме основных средств (капитала) и краткосрочные - для текущей деятельности. Кроме того, финансовые ресурсы различают по источникам формирования (внутренний или внешний источник) и степени принадлежности (собственные или заемные). К собственным финансовым средствам можно отнести нераспределенную прибыль, амортизационные отчисления в условиях платности медицинской помощи. Заемные (привлеченные) средства - это денежные средства, не принадлежащие медицинской организации, но временно находящиеся в ее распоряжении наряду с собственными. К ним можно отнести долговые обязательства, кредиты банков, акции и т.д.

Перед руководителем медицинской организации стоят две задачи: экономия ресурсов и прибыльное их использование. В условиях платной медицинской деятельности экономические результаты деятельности учреждения наиболее полно отражают такие показатели как выручка, валовой доход, прибыль, чистая прибыль.

Выручку от реализации медицинских услуг можно рассчитать следующим образом:

Прибыль (г) - положительная разница между выручкой и затратами:

Прибыль может быть и ожидаемой, запланированной в цене медицинской услуги. Если медицинскую услугу удалось реализовать по плановой цене, то прибыль может быть получена в запланированном объеме. В этом случае говорят о *бухгалтерской прибыли*. Существует также *экономическая прибыль*, которая равна разнице между валовым доходом и издержками упущенных возможностей.

Прибыль после уплаты налогов и процентов за кредит - *чистая прибыль*, из которой могут быть сформированы резервный фонд, фонд производственного развития (используемый для покупки нового оборудования), фонд социального развития, фонд материального поощрения. Эти средства можно сгруппировать и иным способом - как фонд производственного накопления и фонд личного потребления собственника медицинской организации.

Все перечисленные показатели имеют тенденцию роста, при этом выручка от реализации медицинских услуг не должна увеличиваться за счет затрат в ней. Выручку можно рассчитать следующим способом:

где s - себестоимость.

Таким образом, рост выручки должен быть обеспечен за счет прибыли (г) или за счет снижения затрат.

Мы рассмотрели абсолютные показатели, динамику которых нужно анализировать в совокупности с относительными показателями - например, таким, как рентабельность.

Рентабельность - это относительное выражение прибыли. Одним из способов расчета этого показателя может быть следующий:

Экономическая практика показывает, что деятельность считается успешной, если этот показатель составляет не менее 8-10%. Очень часто в цене медицинской услуги фигурирует показатель 20-35%, т. е. рентабельность отдельных услуг может быть выше, чем всей деятельности. Расчет рентабельности одной медицинской услуги можно представить следующим образом:

В данном случае рентабельность - один из показателей эффективности деятельности медицинского учреждения на платной основе. Аналогично можно

оценить эффективность использования материальных, трудовых ресурсов, финансовых средств.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое ресурсы, какова их классификация, почему возникает проблема ресурсной ограниченности?

2. Какие экономические ситуации можно исследовать с помощью графика производственных возможностей общества?

3. Из каких структурных элементов складываются хозяйственные ресурсы медицинского учреждения?

4. Перечислите основные виды издержек медицинского учреждения и дайте им краткую характеристику.

5. Как, по вашему мнению, может быть решена задача сбережения и прибыльного использования ресурсов в здравоохранении?

6. Почему необходим постоянный анализ лечебно-производственной деятельности медицинской организации?

7. Из каких важнейших элементов складываются затраты медицинской организации?

8. С помощью каких показателей анализируются доходы лечебно-профилактического учреждения?

9. Является ли, по вашему мнению, прибыль важнейшим параметром, отражающим успешную деятельность медицинской организации?

10. Какое значение имеет для экономического анализа деление издержек медицинской организации на постоянные и переменные?

11. Что означает «отрицательный эффект масштаба»?

12. В чем различие понятий «доход» и «прибыль» медицинской организации?

13. Какое отношение имеет временной интервал, на протяжении которого функционирует медицинская организация, к делению издержек на постоянные и переменные?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Проанализируйте содержание таких понятий, как «факторы производства» и «экономические ресурсы»; какое из них является более общим?

2. Экономическая эффективность - это:

А) оптимизация применения всех видов ресурсов при выпуске единицы продукции;
Б) экономное расходование самого редкого из ресурсов;

В) увеличение потребления ресурсов при выпуске единицы продукции;

Г) непрерывный поиск заменителей и аналогов имеющихся ресурсов.

3. Какие экономические ситуации отражают приведенные на графике производственных возможностей общества точки X, Y, Z?

4. Составьте по данным, приведенным в тексте, таблицу, в которой бы отразились проблемы рационального распределения ресурсов с соответствующими примерами.

5. Составьте схему издержек, о которых говорится в тексте и в которой они были бы представлены как взаимосвязанные элементы одной системы.

6. Какова структура материальных ресурсов медицинской организации? Приведите примеры ее составных частей.

7. Какова структура трудовых ресурсов медицинской организации и под влиянием каких факторов она изменяется?

8. Охарактеризуйте основные виды финансовых ресурсов и представьте их в виде схемы.

9. Закон вмененных возрастающих издержек иллюстрирует:

А) рост всех затрат;

Б) рост средних валовых издержек;

В) возрастание затрат по сравнению с объемом выпуска товара; Г) отсутствие полной взаимозаменяемости ресурсов.

10. Какие из видов издержек, приведенных ниже, не принимаются во внимание при принятии решений об оптимальном объеме оказания медицинских услуг?

- А) средние переменные издержки; Б) средние постоянные издержки;
- В) предельные издержки; Г) постоянные издержки.

11. Функция зависимости валовых издержек от объема оказываемых медицинских услуг задана формулой $ТС = (3 + 2Q) \cdot 3$, а постоянные издержки составляют 500 руб. при объеме оказываемых услуг 5 единиц. Определите значения общих, средних постоянных, средних переменных, переменных и предельных издержек для данного объема услуг.

12. Функция зависимости общих издержек от объема оказываемых медицинских услуг задана формулой $ТС = (4 + 5Q) \cdot 2$, а постоянные издержки составляют 700 у. е. при объеме услуг - 6 ед. Определите значение предельных издержек для данного объема оказываемых медицинских услуг.

13. Рассчитайте общие, средние постоянные, средние переменные, предельные издержки. Постройте кривые средних переменных, средних постоянных издержек.

Заданные параметры

Количество услуг 0 12 34 56 78 9 10

Переменные издержки 0 90 170 240 300 370 450 550 640 780 930

Постоянные издержки - 100

14. Краткосрочный период деятельности ЛПУ - это:

- А) период до 1 года;
- Б) период максимального объема оказанных услуг;
- В) период, в течение которого ЛПУ не может увеличить свои производственные мощности.

15. Предельные издержки ЛПУ показывают:

А) максимум издержек, которые ЛПУ может нести - при оказании услуг; Б) общую сумму постоянных и переменных издержек;

В) изменение переменных издержек на каждую дополнительную единицу услуги.

16. От объема оказанных медицинских услуг не зависят:

- А) валовые издержки;
- Б) постоянные издержки;
- В) переменные издержки.

17. Прибыль - это:

- А) выручка минус налоги и амортизация; Б) выручка минус заработная плата;
- В) выручка минус расходы.

ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННАЯ ФИНАНСОВАЯ СИСТЕМА И СОЦИАЛЬНЫЙ СЕКТОР

Финансы как экономическая категория. Объекты и субъект финансовых отношений. Деньги и инфляционные процессы. Бюджет и налоги. Фискальная политика. Кредит и его виды. Современная банковская деятельность. Рынок ценных бумаг.

Среди фундаментальных экономических категорий весьма заметное место занимают *финансы*. Являясь экономической категорией, они в обобщенном виде (абстрактно) выражают экономические отношения, которые объективно складываются между людьми в процессе формирования, распределения и использования денежных ресурсов. Таким образом, *объектом финансовых отношений* являются деньги, которые, когда-то выделившись из товарной среды, в условиях рыночной экономики вновь приобретают свойства товара, начинают самостоятельно продаваться и покупаться. Формируется финансовый рынок, состоящий из 3 важнейших сегментов:

- 1) рынок наличных денег, находящихся в обращении;
- 2) рынок безналичных денег, существующих, например, в виде бухгалтерских записей;
- 3) рынок ценных бумаг, т. е. ликвидных (подвижных) средств, которые легко могут принять денежную форму.

Эти сегменты финансового рынка обеспечивают функционирование рынка потребительских товаров (предметов личного потребления) и рынка капитальных, инвестиционных товаров (средств производства). На потребительский рынок работают большая часть сегмента рынка наличных денег и часть рынка безналичных денежных средств. Рынок капиталов обслуживают часть рынка денежной наличности, большая часть рынка безналичных денег и весь сегмент рынка ценных бумаг.

Субъектами финансовых отношений являются все люди (физические лица) и все существующие социальные институты (юридические лица): отдельные индивидуумы, семья, предприятия (фирмы), учреждения, общественные организации (в том числе благотворительные фонды и религиозные общины), политические движения и партии, государство (представленное органами власти на различных уровнях), межгосударственные структуры.

Финансовые отношения составляют очень сложную и разноплановую систему, которая оказывает решающее действие на все происходящие в обществе социально-экономические процессы, каждый участник которых объективно не может не сопоставлять свои действия с финансовым обоснованием, финансовым обеспечением, возможными финансовыми последствиями и результатами.

Сказанное в полной мере относится к системе охраны и укрепления здоровья. Финансовая система является одной из основ рыночного поведения как потребителя услуг здравоохранения (пациента), так и их производителя (врача, ЛПУ).

Итак, объектом финансовых отношений являются деньги. Определенные виды торгового обмена возникли около 6 тыс. лет назад, на стадии исторической трансформации натурального хозяйства в товарное (рыночное). Простая или случайная форма обмена предполагает прямой (бартерный) обмен одного товара на другой, развернутая форма связана с наличием вариантов обмена данного товара на ряд других. Всеобщая форма обмена приводит к тому, что в каждом регионе выделяется свой, пригодный для этой местности эквивалент (уравниватель), на который обмениваются все товары.

Денежная форма обмена появляется, когда регионы, взаимодействуя между собой, убеждаются в том, что лучше всего роль уравнивателя выполняют металлы (в частности, золото, серебро, медь), становящиеся в силу этого всеобщим эквивалентом, т. е. деньгами. Позднее полноценные первоначальные деньги заменяются денежными знаками -

неполноценной монетой, изготовленной не из дорогого металла, и бумажными деньгами. Одновременно часть финансовых отношений осуществляется без участия наличных денег. Таким образом, общая тенденция, подводящая нас к современным формам денег, - это их деметаллизация и дематериализация, причем если деньги существуют в виде записей или электронного импульса, от этого они не становятся менее значимыми и реальными, чем отчеканенные из золота. Сущность денег наиболее полно раскрывается в их функциях.

В экономической теории, как правило, выделяют 3 основные *функции денег*.

1. Мера стоимости товаров. Стоимость определяется величиной общественно необходимых затрат труда (ОНЗТ). Измерителем трудовых затрат является рабочее время на создание товара (производство материального блага, оказание услуги, выполнение работы, осуществление перевозки и т.п.). Стоимость товара, выраженная в деньгах, - это цена. Цена имеет свойство отклоняться от стоимости под влиянием рыночной конъюнктуры, а именно взаимосвязанного воздействия факторов спроса и предложения. Деньги выполняют функцию меры стоимости с помощью масштаба цен, т. е. установления основной денежной единицы (например, рубль) и производных от нее (копейка).

2. Средство обращения товаров. Эта функция выполняется всеми видами реальных денег при обеспечении товарного обмена. В качестве отдельных функций здесь же могут быть рассмотрены деньги как средство платежа (обеспечения платежных операций прямого и опосредованного вида), а также мировые деньги (средство обеспечения внешнеэкономических операций).

3. Средство накопления и образования денежных резервов. Эта функция также выполняется всеми видами денег и приравненных к ним средств (недвижимость, драгоценности, предметы коллекционирования и т.п.) и всеми субъектами финансовых отношений, формирующими свои денежные накопления в различных видовых пропорциях.

В современных условиях различные виды денег объединяются в ряд *денежных агрегатов*.

Агрегат M1 включает наличные деньги, банковские счета до востребования, кредитные карточки.

M2 - это M1 + срочные банковские вклады небольших размеров и легко ликвидные неденежные сбережения.

M3 - это M2 + срочные вклады крупных размеров.

L - это M3 + все ликвидные средства, перевод которых в денежную форму может потребовать длительного времени.

Для здравоохранения характерны выполнение деньгами, опосредующими лечебно-профилактические действия, всех функций и использование всех денежных агрегатов.

Теория и практика функционирования финансовой системы, неразрывно связанной со структурой денежных агрегатов и теми функциями, которые выполняют деньги, не может не учитывать влияние инфляционных (*инфляция*, лат. - разбухание) процессов. Если выпущенная в оборот суммарная денежная масса превышает суммарную цену произведенных товаров, это приводит к тому, что полученные доходы всех слоев населения, всех предприятий и всех властных структур государства, выраженные в денежных знаках (номинальный доход), уменьшаются по сравнению с реальным фактическим доходом. Реальный доход - это номинальный доход, сопоставленный с ценами товаров, прежде всего жизненно важных материальных благ (например, лекарств) и услуг (в частности, основных услуг здравоохранения).

Различают 2 основных *типа инфляций*: инфляция спроса и инфляция предложения. Первый тип имеет место в случае, когда номинальные денежные доходы физических и юридических лиц растут быстрее, чем реальный объем предлагаемых на рынке материальных благ и услуг. Второй тип инфляции вызывается ростом издержек производства. Так, повышение денежных затрат предприятий на топливо и энергию

может вызвать инфляционную спираль, охватывающую своим действием цены на все другие товары.

Кроме этого, выделяют открытую и подавленную (при законодательном сохранении неизменных цен), предполагаемую и внезапную, синхронную и асинхронную инфляцию. Самым неприятным типом инфляции считается внезапная и асинхронная, при которой цены на различные товары неожиданно начинают изменяться в разных пропорциях.

По темпам роста цен инфляция бывает:

а) умеренной (ползучей) - цены растут до 10% в год; покупательная способность денег сохраняется, договорные обязательства и контракты сохраняют свою силу;

б) галопирующей - цены за год вырастают в несколько раз (на сотни процентов), появляется ажиотажный, инфляционный спрос на все виды товаров; возникает необходимость учитывать рост цен при заключении контрактов;

в) обвальной (гиперинфляция) - рост цен на тысячи процентов и невозможность осуществления долговременных прогнозируемых потребительских или производственных действий.

Существует ряд мер антиинфляционной политики, направленных если не на преодоление инфляции как экономического недуга, то хотя бы на перевод его из острой критической в умеренно хроническую форму. Одним из выходов является уменьшение инфляции через рост безработицы и уменьшение денежной массы, давящей на цены товаров. Однако гораздо более перспективным и приемлемым (с точки зрения показателей здоровья каждого человека, определенных социальных групп населения и общества в целом) способом борьбы с инфляцией являются стимулирование роста производства, расширение реального сектора экономики и достижение тем самым равновесия между массой денег и массой товаров.

Если денежные средства являются объектом складывающихся финансовых отношений, то в качестве важнейших инструментов, с помощью которых эти отношения осуществляются, рассматриваются бюджет, кредит и действие рынка ценных бумаг.

Бюджет оправданно характеризуют как главный финансовый план; построенный по балансовому принципу, он определяет источники поступлений денежных средств, пути их распределения и статьи фактического использования, т. е. конкретизирует основное определение финансов.

В финансово-бюджетные отношения вступают все участники социально-экономических процессов. Можно говорить о личном, семейном бюджете, бюджете предприятия или фирмы, бюджете местных (муниципальных) органов власти, региона (области, республики в составе федерации), бюджете государства и государственных структур.

Для современного здравоохранения, действующего в условиях рыночной экономики и предоставляющего свои услуги в различных общественных формах, важен анализ всех видов финансово-бюджетных отношений. Например, семья, получающая из различных источников (заработная плата, прибыль, пенсия, процент от вклада в банке, арендная плата от сданной в наем квартиры, выигрыш и т.д.) определенные денежные средства, должна учитывать наличие линии бюджетного ограничения (рис. 3). Линия *АВ* соединяет точки, показывающие величину расходов на жизненно важные (как материальные блага, так и услуги) и на все остальные товары. При увеличении денежных средств большая их часть будет направляться на рост объема приобретения не жизненно важных товаров (предметы длительного пользования, предметы роскоши). При уменьшении денежных средств (линия *А'В'*) от приобретения этих товаров семья будет отказываться в первую очередь, стремясь как можно дольше сохранить потребление товаров первой необходимости, включая лекарства, средства ухода за больными, оплату услуг лечащего врача, оплату санаторно-профилактических услуг и т.д. Таким образом, линия бюджетного ограничения семьи изменяется несимметрично.

Из рассмотренного примера видно, что принцип построения любого бюджета (балансовый принцип) предполагает наличие и сознательное формирование 2 частей: доходной и расходной. При превышении доходов над расходами говорят о положительном бюджетном остатке (сальдо), в противном случае - об отрицательном.

При изучении проблем экономики здравоохранения как отрасли на первый план выдвигается анализ государственного уровня финансово-бюджетных отношений. Именно из государственного бюджета (точнее, из целой системы бюджетов органов государственной власти на федеральном, региональном и местном уровнях) выделяется значительная часть денежных средств на поддержание функционирования здравоохранения на достигнутом уровне и на его развитие.

Как формируется доходная часть системы государственного бюджета разных уровней в нашей стране? Для федерального бюджета существенную роль в доходах играют отчисления по налогам на добавленную стоимость (точнее, цену) товаров, акцизные платежи на реализацию товаров, цена которых значительно превышает затраты на производство (например, алкоголь), налоги на прибыль предприятий и организаций, поступления из фонда ценового регулирования, ресурсные платежи, прочие налоги, сборы и поступления. Доходная часть бюджетов субъектов федерации складывается из части налога на добавленную стоимость и специальных региональных налогов, состав которых зависит от особенностей хозяйствования в каждом регионе. Доходы муниципальных бюджетов формируются за счет разнообразных местных налогов и сборов (например, курортный сбор, взимаемый только в местностях, где доход от приезжающих на отдых достаточно велик).

Расходная часть федерального бюджета содержит такие статьи, как финансирование отраслей, дотации (списание долгов) отраслям и территориям, которые без этого не могут функционировать, финансирование социально-культурных мероприятий и фундаментальной науки, обороны, правоохранительных органов, органов правления, создание резервных фондов и обслуживание государственного долга.

Расходы региональных и местных бюджетов сориентированы по статьям, отражающим конкретную ситуацию на том или ином уровне.

Особую значимость на федеральном уровне в нашей стране в современных условиях приобретает проблема обслуживания непомерно возросшего за последние 30 лет внешнего государственного долга (на погашение платежей); на это расходуется значительная часть доходных средств бюджета, применение которых необходимо для развития всех отраслей народного хозяйства и особенно социально значимых, включая здравоохранение.

При формировании системы государственных бюджетов важное место занимают налоги. *Налог* - это обязательный платеж, производимый физическими и юридическими лицами на основе принятого государственного законодательства и исключительно в пользу государства. Тем самым физические и юридические лица обязываются участвовать в формировании финансовых средств органов государственной власти на всех уровнях. Базируясь на соответствующей организационно-правовой основе, налоговые отношения включают ряд элементов:

1. Субъект налога - физическое или юридическое лицо, обязанное по закону платить налог.

2. Носитель налога - лицо, которое фактически уплачивает налог. Численность носителей налога меньше численности субъектов на количество лиц, получивших отсрочку или освобождение от уплаты налога.

3. Объект налогообложения - доход или имущество, с которого взимается налог (заработная плата, прибыль, недвижимость, наследство и т.п.).

4. Ставка налога - величина налоговых начислений на единицу объекта налога.

Различают твердые (неизменные), прогрессивные (% роста налога превышает % роста дохода), пропорциональные и регрессивные налоги.

По форме взимания налоги делятся на прямые и косвенные. *Прямые налоги* платятся всеми субъектами налога непосредственно (подходный налог, налог на недвижимость, налог на операции с ценными бумагами и т.д.). *Косвенные налоги* - это налоги на определенные материальные блага и услуги. Их платят только те субъекты налога, которые приобрели данный товар. Косвенные налоги взимаются через надбавку к цене (акцизный сбор).

В зависимости от использования налоги делятся на общие и специальные. Средства, полученные при поступлениях от общих налогов, принимаются при финансировании текущих и долговременных расходов федерального, региональных и местных бюджетов без закрепления по каким-либо заранее определенным статьям расхода. Специальные налоги имеют целевое назначение (например, отчисления на социальное страхование, в дорожные фонды).

Порядок уплаты налога должен быть понятным для налогоплательщика, место и время уплаты - рационально выверено и, наконец, объект налога должен иметь защиту от многократного обложения.

Налоговые средства составляют объект собственности органов государственной власти, а потому политика государства в области налогообложения получила название *фискальной (фиск, лат. - казна)*.

Фискальная политика предполагает использование возможностей взимать налоги и расходовать средства из системы государственных бюджетов для регулирования уровня деловой активности и решения социальных задач. Основным рычагом фискальной политики государственных структур - это изменение налоговых ставок в соответствии с целями государства. Проведение фискальной политики является исключительной функцией государства, так как лишь законодательная ветвь государственной власти (парламент) устанавливает налоги, контролирует налогообложение и расходование налоговых средств.

Фискальная политика складывается из 2 взаимодополняющих элементов: дискреционной и автоматической политики. Дискреционная фискальная политика - это сознательное регулирование государством налогообложения и государственных расходов с целью воздействия на реальный объем производства материальных благ и услуг, занятость населения, инфляцию, а также с целью обеспечения экономического роста. В зависимости от положения, в котором находится страна (экономический спад или подъем), дискреционная политика проводится по-разному. В период экономического спада необходимо стимулировать увеличение государственных расходов, снижать налоги, обеспечивать сокращение падения производства, а при неконтролируемом экономическом подъеме - производить обратные действия. Автоматическая фискальная политика, или политика автоматических (встроенных) стабилизаторов, предполагает наличие и использование экономического механизма, который самостоятельно реагирует на изменение хозяйственного положения страны, без специальных государственных действий. Например, при прогрессивном налогообложении в период экономического спада налоговые поступления автоматически сокращаются, так как спад производства приводит к уменьшению доходов (объекта налога). Сумма изъятия дохода тоже уменьшается, происходит постепенное увеличение покупательной способности, а это стимулирует экономический рост (спрос рождает предложение). К встроенным стабилизаторам относятся и система пособий по безработице, различных социальных выплат, программ по поддержанию малообеспеченных и социально уязвимых слоев населения.

Отлаженная фискальная политика может и должна воспрепятствовать резкому сокращению совокупного спроса даже при значительном экономическом спаде.

Еще один инструмент, обеспечивающий действие финансовой системы, - это *кредит*. Финансово-кредитные отношения, как и бюджетные, охватывают практически всех участников социально-экономических процессов. Кредитные экономические связи возникают в случае, если появляется необходимость

перераспределить денежные средства, направить временно свободные деньги туда, где их применение в хозяйственном плане целесообразно и выгодно. Деньги - это наиболее типичный объект кредитных сделок, но кроме денег в кредит могут предоставляться и разнообразные материальные ресурсы.

Финансово-кредитные отношения строятся на определенных принципах:

1. Взаимная заинтересованность участников кредитного процесса.
2. Документальность оформления прав и обязанностей сторон.
3. Возвратность объектов кредитной сделки по истечении установленного срока.
4. Платность. Цена, за которую денежные средства или иные объекты предоставляются в кредит, - это *процент*.

Участники финансово-кредитных отношений составляют несколько групп:

- должник, или заемщик, - физическое или юридическое лицо, которое берет кредит;
- кредитор, или заимодавец, - лицо, предоставляющее кредит;
- посредник, способствующий установлению контакта между основными участниками;
- гарант, обеспечивающий своим имуществом возвратность долга.

В самом процессе финансово-кредитных отношений также выделяется несколько стадий:

1. Накопление денежных сумм (и других ресурсов) у кредитора.
2. Выявление целевой необходимости займа у должника.
3. Заключение кредитной сделки на взаимовыгодных условиях с участником посредника и гаранта.
4. Производительное использование средств, взятых в кредит (возможность рассчитаться с кредитором заложена только в производительном применении этих средств).
5. Возврат долга, выплата процента. Получив прибыль, должник делит ее на предпринимательский доход, который остается в его распоряжении, и ссудный процент, который возвращается вместе с основной суммой долга кредитору.

Сроки расчетов кредитора и заемщика могут быть различными. Выделяют кратко-, средне- и долгосрочные кредиты. Разной может быть и форма расчетов - денежные и натуральные.

Финансово-кредитные отношения отличаются большим разнообразием. Как правило выделяют следующие основные виды кредита:

1. *Индивидуальный* или *бытовой кредит*. Здесь в финансово-кредитные отношения вступают физические лица, хорошо знающие друг друга либо имеющие хорошего посредника, который выступает и в роли потенциального гаранта. Обычно такие кредитные сделки заключаются между родственниками, знакомыми, соседями, коллегами по работе и т.п. на небольшие суммы и на короткий период, без оформления их в письменном виде и установления процента (*кредо*, лат. - вера, доверие).

2. *Потребительский кредит*, связанный с возможностью приобретения товаров с отсрочкой платежа (в рассрочку), но за несколько более высокую цену, которая и составляет процент. Развитие потребительского кредита свидетельствует о том, что на рынке данного товара предложение превышает спрос и продавец заинтересован в привлечении клиентуры на дифференцируемых условиях. Возврат долга по этим видам кредита может быть напрямую не связан с производительным использованием ссуды. Однако если должник не имеет источника стабильного и достаточно высокого дохода, то средства, взятые в кредит, не смогут быть возвращены. Отсюда вытекает принцип ответственности сторон за свои действия.

3. *Коммерческий кредит*, в который вступают между собой предприниматели, одалживая один другому различные ресурсы либо привлекая денежные средства путем выпуска долговых обязательств - *облигаций*. Держатели облигаций - это кредиторы того или иного предприятия, фирмы.

4. *Банковский кредит*, который в современных условиях стал основным видом кредита.

5. *Небанковские виды денежного кредита*. Неганковские финансово-кредитные институты представлены инвестиционными и страховыми компаниями, пенсионными фондами, ломбардами и кредитной кооперацией (например, кассами взаимопомощи). Эти структуры, не являясь банками, выполняют многие аналогичные действия и могут конкурировать с банками.

6. *Государственный кредит*. Государство является активным постоянным участником ссудных сделок, попеременно выступая то в роли кредитора, то в роли заемщика. Внутренний государственный долг в данном случае оформляется выпуском облигаций государственного займа, государственных краткосрочных обязательств (ГКО) и др.

7. *Международный (точнее, межгосударственный) кредит*. В финансово-кредитные отношения на внешнеэкономическом уровне могут вступать не только сами государства, объединенные в такие крупные структуры, как, например,

Международный валютный фонд (МВФ) и Международный банк реконструкции и развития (МБРР), но и частные лица. В первом случае регулирующим органом является Лондонский клуб, во втором - Парижский клуб кредиторов. Внешние кредиты являются мощнейшим орудием давления на страну-должника не только в экономическом, но и в политическом, идеологическом и морально-психологическом плане.

Рассмотрим более подробно банковский вид кредита, который, как уже отмечалось, является в настоящее время наиболее важным и распространенным во всех странах и во всех отраслях народного хозяйства (национальной экономики) каждой страны.

Кредитно-банковская деятельность по сути возникла одновременно с происхождением денег, однако в самостоятельную группу участников экономических отношений банкирские дома (физические лица, занимающиеся предоставлением ссуд) и банки (соответственно, юридические лица) впервые объединились в Северной Италии в эпоху Возрождения (XIV-XVI века). Последующее развитие банков привело к формированию разветвленной банковской системы.

Современная банковская система, в той или иной модификации функционирующая в любом государстве, состоит из 2 уровней (ярусов).

Верхний ярус банковской системы занимает Центральный банк (либо, как в США, совокупность банковских учреждений, выполняющих эту роль). Центральный банк выполняет ряд важных финансово-кредитных функций:

1. Сохранение золотовалютных запасов и иных подобных ценностей государства, изготовление и эмиссия денежных знаков, установление порядка ведения кассовых дел.

2. Общий надзор за деятельностью кредитных организаций и лиц на территории данного государства и исполнение финансового законодательства.

3. Установление учетной ставки, т. е. процента, который является ценой кредита, предоставляемого Центральным банком другим банкам. Другие банки определяют свои процентные ставки, ориентируясь на учетную ставку Центрального банка.

4. Прием обязательных резервных отчислений, производимых другими банками и служащих источником удовлетворения претензий в случае их банкротства.

5. Осуществление операций с государственными ценными бумагами в своей стране и за рубежом (операции на открытом рынке).

Нижний ярус банковской системы занимают коммерческие банки. Их можно классифицировать по нескольким признакам:

- по типу собственности (государственные, частные и смешанные) и виду хозяйствования (акционерные общества, общества с ограниченной ответственностью, с участием иностранного капитала);

- по масштабам деятельности (общегосударственного, регионального, местного масштаба; иностранные банки, действующие на территории данного государства);

- по отраслевой ориентации, связанной с целевым кредитованием на более льготных основах тех отраслей, в рамках которых эти банки были созданы;
- по видам осуществляемых банковских операций (сберегательные или депозитные, инвестиционные, инновационные, ипотечные, универсальные).

Теперь обратимся непосредственно к специфике банковского дела.

Банк - это коммерческое предприятие, целью которого, как и всякой другой предпринимательской структуры, является получение прибыли, на что и направлены все операции, осуществляемые банком. Основу деятельности банка составляют денежные средства и другие активы (например, недвижимость), находящиеся в собственности его владельцев и образующие уставной фонд, или стартовый капитал данного предприятия. Затем банк начинает пассивные операции - поиск и обслуживание клиентов (физических и юридических лиц, взаимодействующих с головной конторой или отделением банка), прием от них вкладов и выплату процентов по ним, получение кредитов от других банков и иных хозяйственных партнеров, выпуск и реализацию ценных бумаг. Средства, привлеченные в результате пассивных операций, позволяют банку осуществлять свою текущую деятельность, но уже в ином плане. Активные операции - это операции по поиску возможностей предоставления кредитов и получению процентов от них. Эти проценты должны быть выше процентов пассивных операций. Разница между выплаченными (кредитовыми) и полученными (дебетовыми) процентами и составляет основу получаемой банком прибыли (маржи). Другая часть банковской прибыли включает доход от комиссионных сборов за предоставляемые услуги (денежные переводы, обмен валюты, выплаты по кредитным карточкам и т.п.).

Кроме этого, значительный доход современным банкам приносят операции, называемые забалансовыми:

- 1) проведение финансовых и биржевых консультаций (консалтинг);
- 2) управление инвестиционными средствами (пакетами акций) от имени и по поручению владеющих ими фирм - трастовые операции;
- 3) размещение специально закупленного имущества для сдачи в долгосрочную аренду с правом выкупа (лизинг);
- 4) заключение договоров по проведению товарных сделок или оплату долгов на взаимоприемлемых условиях (факторинг);
- 5) гарантийные операции по учету возможных изменений договорных обязательств, которые могут произойти в установленный срок (фьючерс);
- 6) приобретение (перекупка) прав на совершение будущей сделки (опцион);
- 7) обмен долговыми обязательствами при необходимости учета возможных изменений условий возврата ссуды и выплаты % по ней (своп).

И наконец, о третьем инструменте современной финансовой системы - *рынке ценных бумаг*. *Ценная бумага* - это документ, выпущенный государством или частным лицом (предприятием), соответствующим образом оформленный, имеющий необходимые реквизиты и удостоверяющий право его владельца на определенный объект собственности (капитальные ценные бумаги) или доход (долговые ценные бумаги).

Основную роль в первой группе играют *акции*, владельцы которых являются долевыми хозяевами предприятия и получают доход пропорционально своим долям (*дивиденд*, лат. - разделенный).

Ценные бумаги имеют самостоятельное обращение, являются своеобразным товаром. Совокупность сделок по купле-продаже этого товара и составляет рынок ценных бумаг. Последний складывается из первичного рынка (подготовка новой ценной бумаги к выпуску и первоначальное размещение всего эмиссионного объема) и вторичного рынка (последующие акты купли-продажи, осуществляемые на фондовой бирже или вне ее). Функционирование рынка ценных бумаг осуществляется по таким принципам, как:

- *ликвидность* - подвижность, высокая частота постоянно совершаемых сделок, которая позволяет контролировать изменение цен спроса и предложения;

- *эффективность* - необходимость достаточно существенного покрытия расходов по рыночным операциям с ценными бумагами, которые в противном случае теряют свой практический смысл;

- *оперативность* - информационная обеспеченность, быстрота реакции участников на всевозможные изменения рыночной конъюнктуры;

- *надежность* - деятельность профессионалов, имеющих лицензии на право ведения дел с ценными бумагами (маклеров, брокеров, дилеров), действие системы листинга, т. е. контроля за качеством ценной бумаги, допускаемой на фондовую биржу и т.д.

Реальную возможность влиять на состояние дел предприятия могут, конечно же, лишь крупные акционеры, особенно владеющие контрольным пакетом акций. Долговые ценные бумаги подтверждают лишь право возвращения кредита и получения процента по нему. К этой группе относятся векселя (долговые расписки - самая ранняя форма ценных бумаг), закладные листы на недвижимость, чеки, облигации.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое финансы и можно ли их отождествлять с деньгами?
2. Кто вступает в финансовые отношения и как происходит формирование бюджета?
3. Какие социально-экономические проблемы исследуются с помощью графика бюджетных ограничений?
4. Назовите основные виды кредита и дайте им краткую характеристику.
5. Из каких элементов складывается современная банковская деятельность и деятельность на рынке ценных бумаг?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Выберите правильный ответ:
Деньги возникли в хозяйственной практике людей как результат:
А) общественного договора племен и народов;
Б) случайного открытия жрецов в Древнем Вавилоне;
В) волевого решения правителей ряда стран;
Г) стихийного развития форм товарного обмена;
Д) роста добычи золота и серебра из крупных месторождений.
2. Установите соответствие:
1. Разработка масштаба цен, определение А) Денежный агрегат М1.
основной денежной единицы Б) Денежная функция меры
и производных от нее. стоимости.
2. Наличные деньги, банковские счета В) Денежный агрегат L.
до востребования, кредитные карточки. Г) Денежная функция средства
3. Обеспечение товарного обмена всеми обращения.
видами товарных денег. Д) Денежная функция средства
4. Вся масса денег и все ликвидные средства, накопления, перевод которых в
денежную форму требует длительного времени.
5. Образование денежных резервов и запасов средств, приравненных к деньгам.
3. Справедливы ли следующие утверждения (да-нет):
1. Инфляционные процессы всегда характеризуются одними и теми же параметрами.
2. Бюджет обязательно формируется по принципу сопоставления доходов и
расходов.
3. И прямые, и косвенные налоги должны уплачиваться всеми, на кого они
распространяются.
4. Фискальная политика - это политика в области взимания налогов и расходования
бюджетных средств.
5. Владельцы акций и владельцы облигаций находятся в равном положении по
отношению к объектам собственности предприятия, выпустившего эти ценные бумаги.

4. Сопоставьте термины банковской деятельности и понятия, отражающие их экономическую сущность:

Термин Понятие

1. Активные операции. А) Управление инвестиционными средствами
2. Трастовые операции. от имени и по поручению владеющих ими фирм.
3. Пассивные операции. Б) Поиск и обслуживание клиентов, прием вкладов
4. Лизинг. и выплата процентов по ним.
5. Факторинг. В) Предоставление кредитов и получение процентов от них. Г) Заключение договоров по проведению различных сделок на взаимовыгодных условиях. Д) Долгосрочная аренда имущества

с правом

его выкупа.

5. Подберите ключевые слова для характеристики следующих видов кредита:

1. Потребительский кредит. А) Внутренний долг.
2. Коммерческий кредит. Б) Наличие стабильного и достаточно
3. Государственный кредит. высокого дохода.
4. Внебанковский кредит. В) Взаимодействия предпринимателей.
5. Международный кредит. Г) МВФ.

Д) Инвестиционные и пенсионные фонды, страховые компании.

6. Проследите включение системы здравоохранения в действие сегментов финансового рынка. Разработайте соответствующую схему.

7. Составьте таблицу, в которой были бы обозначены важнейшие функции денег и их использование при производстве и потреблении услуг здравоохранения.

8. Приведите примеры того, как различные темпы инфляции, указанные в тексте, могут влиять на характер предоставления услуг здравоохранения.

9. Какими путями здравоохранение включается в действие налоговой системы?

10. Дайте характеристику возможным участникам финансово-кредитных отношений в здравоохранении.

11. Какие виды банковского и небанковского кредита наиболее характерны для современного здравоохранения?

12. Какие операции современного банка заинтересовали бы вас:

1. Как руководителя лечебно-профилактического учреждения.
2. Как частнопрактикующего врача.

ГЛАВА 6. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Финансово-экономическая система в здравоохранении. Рынок услуг здравоохранения. Факторы спроса и предложения медицинских услуг. Государственное регулирование рынка услуг здравоохранения.

С восстановлением принципов рыночной экономики значительно возрастает роль финансовых ресурсов, так как это единственный вид ресурсов (кроме трудовых ресурсов и предметов труда), который можно достаточно быстро трансформировать в другие виды ресурсов.

Являясь частью общегосударственной финансовой системы России, в условиях рыночной экономики система финансов в здравоохранении включает в себя следующие звенья (источники финансирования):

- бюджетная система с входящими в нее государственными (федеральным, республиканскими, краевыми, областными) и местными бюджетами;
- внебюджетные целевые фонды (в том числе Федеральный и территориальные фонды ОМС);
- финансы предприятий, объединений, организаций, учреждений, направляемые в здравоохранение;
- средства добровольного медицинского страхования (в том числе личные средства граждан);
- средства, получаемые в ЛПУ за счет предоставленных платных услуг (личные средства граждан);
- кредиты, ссуды, субсидии, субвенции, дотации, налоговые взаиморасчеты;
- доходы от инвестирования (деPOSITные вклады, государственные ценные бумаги);
- спонсирование юридических и физических лиц;
- иные источники, не запрещенные законодательством. Перечисленные составляющие системы финансов

здравоохранения присущи как федеральному уровню, так и уровням субъектов РФ и местного самоуправления. Для сравнения можно привести данные о финансовых источниках, существовавших в первые годы Советской

власти (по материалам Государственного архива): а) ассигнования органов управления здравоохранения на содержание лечебных учреждений (государственный и местный бюджет); б) средства фондов медицинской помощи застрахованным; в) средства, поступающие по договорам с предприятиями на оказание медицинской помощи; г) дополнительные ассигнования на оказание медицинской помощи застрахованным за счет экономии по другим страховым фондам; д) в отдаленной сельской местности некоторые медицинские пункты содержались за счет средств местного населения.

В настоящее время денежные средства, поступающие из различных источников, можно разделить на 2 группы:

1. Централизованные денежные средства: бюджет; Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС (средства ОМС); государственные кредиты, ссуды и др.
2. Децентрализованные денежные средства: финансовые ресурсы предприятий, направляемые в здравоохранение; средства добровольного медицинского страхования; средства, получаемые в ЛПУ за счет предоставления платных медицинских услуг, доходов от инвестирования (деPOSITные вклады, государственные ценные бумаги).

К централизованным относятся денежные средства, используемые для решения общих социальных задач на соответствующей территории; децентрализованные средства используются в масштабах конкретного медицинского учреждения.

С учетом многообразия финансовых источников и ресурсов в здравоохранении необходимо поставить вопрос об интеграции финансовых ресурсов, прежде всего

централизованных денежных средств, а в перспективе (при составлении финансовых планов) - и децентрализованных денежных потоков.

Совокупность входящих в состав финансов здравоохранения (финансы - это экономические отношения по созданию, распределению и использованию денежных средств) структурно-функциональных звеньев образует финансовую систему здравоохранения.

Финансовый механизм в здравоохранении - это система взаимодействия элементов, выраженная в планировании, организации и стимулировании использования финансовых ресурсов.

Основные структурные элементы финансового механизма можно систематизировать следующим образом:

1. *Финансовое право*: Конституция РФ; Законы РФ; Указы Президента РФ; Постановления Правительства РФ; решения законодательных органов власти субъектов РФ.

2. *Нормативное обеспечение*: отраслевые приказы и распоряжения; инструкции; нормы; нормативы; методические указания; распоряжения финансовых органов и органов Госналогслужбы; другие нормативные документы.

3. *Финансовые методы*: анализ; планирование; прогнозирование; инвестирование; кредитование; налогообложение; ценообразование (методики расчетов за предоставляемые услуги); материальное стимулирование; медицинское страхование (ОМС и ДМС); аренда; лизинг; взаимоотношения с органами государственного управления, финансовыми органами, хозяйствующими субъектами (инструкции, договоры).

4. *Финансовые инструменты*: доход субъекта; финансовые санкции; тарифы на медицинские услуги; арендная плата; дивиденды; целевые внебюджетные фонды; инвестиции; форма расчетов (в том числе зачеты по налогам); кредиты; ссуды; дотации; субвенции; субсидии; дифференцированная система оплаты труда.

5. *Информационное обеспечение*: компьютеризация отрасли; разработка и внедрение современных программных продуктов; подключение к сети Интернет.

6. *Кадровое обеспечение*: финансовые менеджеры (экономисты, финансисты).

Сложность финансовой системы определяется неоднородностью составляющих ее элементов, их структурным разнообразием (особенно финансовых ресурсов и источников), сложностью взаимодействия между ними и внешней средой.

В здравоохранении при анализе макроэкономических факторов (факторы внешней среды), влияющих на формирование и использование бюджета медицинского учреждения, учитывают:

- спрос и предложение медицинских услуг,
- рынок ресурсов,
- сегментацию рынка по группам потребителей,
- производство и издержки.

Можно выделить основные элементы, характерные для рынка услуг здравоохранения:

- *по объекту купли-продажи*: рынок медицинских услуг, лекарственных средств, медицинского оборудования, научно-методических разработок в области медицины, труда медицинских работников;

- *по степени ограниченности конкуренции*: монополистический рынок, олигополистический, монополярный, монополистический, свободный;

- *по отраслевому признаку*: терапевтический, стоматологический, гинекологический и т.д.;

- *по отношению к закону*: легальный, нелегальный;

- *по территориальному признаку*: региональный, национальный, международный.

При характеристике структуры рынка услуг здравоохранения по действию механизма рынка выделяют 3 главных его элемента: спрос, предложение, цена. Определим экономическое содержание названных категорий применительно к рынку медицинских услуг (схема 3).

Спрос - количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене. Спрос - это платежеспособная потребность в медицинских услугах. Величина спроса зависит от уровня доходов людей, изменений в структуре населения, численности пациентов в стране, изменения их предпочтений, в том числе от «форсирования» спроса на медицинские услуги (врачи своими диагнозами и рекомендациями способны стимулировать спрос на конкретные медицинские услуги).

Предложение - это количество медицинских услуг, которое врачи могут оказать в определенный период времени по определенной цене. На предложение влияют такие факторы, как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, технология лечения, налоги, новые конкуренты.

Схема 3. Факторы спроса и предложения на рынке медицинских услуг.

При соответствии спроса предложению следует говорить о *рыночном равновесии*.

Спрос выражает экономические интересы пациента, который заинтересован получить медицинскую услугу надлежащего качества по низкой цене, а предложение - экономический интерес врача, которому выгодно продать услугу дороже.

Если мысленно наложить один график на другой (см. схему 3), то в точке пересечения кривых спроса и предложения (Т) мы получим значение равновесной цены (Р'), где спрос будет равен предложению, т. е. все, что врачи в качестве услуг поставят на рынок, будет востребовано, причем цена в данный момент устроит и врачей, и пациентов. Q' - равновесное количество медицинских услуг по цене Р', которое будет приобретено пациентами в данный момент времени и будет поставлено врачами в тот же период.

Сумма денег, за которую пациент готов купить, а врач продать данную медицинскую услугу, называется равновесной (или продажной) ценой. Важно при этом отметить, что цена услуги не может подняться выше цены спроса и не должна опускаться ниже цены предложения, так как в первом случае пациенты не смогут оплатить медицинскую услугу (верхней границей цены спроса является доход пациента), а во втором - врачи своими услугами даже не окупят затрат, т. е. цена предложения не должна опускаться ниже себестоимости медицинской услуги. Между верхней границей (цена спроса) и нижней (цена предложения) может существовать большое многообразие цен на медицинские услуги.

Механизм рынка отражает влияние последнего на процесс производства медицинских услуг. Цена - это главный сигнал рынка для решения вопроса о том, куда вкладывать деньги, снижать ли затраты, повышать ли качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения, расширять ли комплекс услуг.

В целом рынок услуг здравоохранения имеет много специфических черт:

- Особенности динамики спроса на медицинские услуги (в частности спрос ослабевает в летний период, и увеличивается - в осенне-зимний).

- Особенности территориальной сегментации рынка, которая зависит от структуры заболеваемости населения данного региона.

- Относительно высокая скорость оборачиваемости капитала, поскольку производство медицинских услуг, как правило, представляет собой короткий цикл (менее года, а чаще - менее месяца).

- Высокая изменчивость рыночной конъюнктуры вследствие совпадения процессов производства и потребления медицинских услуг, когда состояние рынка зависит от сложившегося на данный момент спроса на медицинские услуги (эпидемии, экологические катастрофы, вызывающие всплеск заболеваемости, реклама модных методик лечения и т.п.).

- Особенности процесса оказания медицинской услуги, которые обусловлены личным контактом производителя (медицинского работника) и потребителя (пациента). Это, с одной стороны, делает возможным «форсирование» спроса на конкретные медицинские услуги, при недовольстве потребителя, а с другой стороны, может уменьшить спрос, подорвать имидж учреждения здравоохранения.

- Сложная структура спроса на услуги здравоохранения, связанная с необходимостью их персонификации и индивидуализации.

- Результат медицинской деятельности может быть определен только после потребления услуги, он с трудом выражается в стоимостной форме, что может привести к неэффективности рыночных отношений.

- «Асимметричность» информации на рынке медицинских услуг, что особенно проявляется в системе медицинского страхования. Пациент намного лучше знаком со своим состоянием здоровья, чем любая страховая компания, даже если она проводит медицинское освидетельствование. Так же и учреждение здравоохранения, производящее медицинские услуги, лучше пациента знает о своих возможностях. Кроме того, недостаток медицинских знаний делает пациента как потребителя уязвимым по отношению к врачу, и врач может диктовать условия экономических взаимоотношений. Следовательно, здесь возникают неравные конкурентные условия и нарушается действие механизма рынка. Однако и врачи как производители медицинских услуг могут быть уязвимы по отношению к пациентам. Недостаток медицинских знаний может привести к потере врачом потребителей, приносящих доход.

Асимметричность информации делает важными поддержание репутации и стандартизацию на рынке любых услуг. (Так, если вы плохо информированы о качестве обслуживания в данном ресторане, вам лучше пойти в кафе Макдональдс, где вы получите стандартный набор знакомых продуктов и одинаковый по всей стране уровень обслуживания.) Хорошую репутацию и успех на рынке медицинских услуг имеет то лечебное учреждение, которое предлагает обслуживание в соответствии со стандартом медицинской помощи и соблюдает протоколы ведения больных. На других рынках возможен коммерческий успех в результате предложения именно новинки, в здравоохранении же чаще бывает наоборот: стремление врача обеспечить стандарт медицинской помощи больше привлекает пациента и защищает его права как потребителя.

- Финансовые и моральные потери. Дополнительная моральная нагрузка на рынке здравоохранения (с асимметричной информацией) ведет к дополнительным финансовым потерям. Например, если пациент застраховал свое здоровье на все случаи, он может посещать доктора чаще, чем при ограниченном договоре. И если у страховой компании нет возможности наблюдать за пациентом и отслеживать каждый его шаг (как правило, это именно так), то выплата по страховке окажется больше ожидаемой. Страхующая сторона может меньше заботиться о предотвращении потерь после заключения договора, чем до этого. Кроме того, страховая компания больше заинтересована иметь дело с относительно здоровыми людьми и не идти на так называемые «плохие риски», т. е. страховать тяжелобольных людей, лечение которых связано с высокими затратами. Отбор рисков с социальной точки зрения недопустим, снижает социальную эффективность здравоохранения и требует вмешательства государства. Это явление можно охарактеризовать как «изъясн» рынка услуг здравоохранения.

- Влияние врача и на спрос, и на предложение. Например, врачи, будучи «агентами» ЛПУ, могут назначать пациентам процедуры, соответствующие их собственным предпочтениям, а не социально-экономическим задачам медицинского учреждения. То, что врач одновременно выступает и со стороны спроса, и со стороны предложения медицинских услуг (ставит диагноз, а следовательно определяет спрос пациента на конкретную услугу, и сам же готов удовлетворить этот спрос), оказывает значительное влияние на конъюнктуру рынка услуг здравоохранения.

- Нерациональное потребительское поведение - пациент стремится получить максимальный объем услуг (настоять на дополнительных и на самом деле ненужных услугах, получении дорогого лекарства и т.п.). Данный фактор увеличивает спрос на медицинские услуги.

Говоря о необходимости развития рынка услуг здравоохранения и характеризуя его особенности, мы не должны забывать о главных принципах - доступности и равенства в получении медицинской помощи. Это усиливает роль государства в регулировании рынка медицинских услуг.

Роль, которую рыночные механизмы могут и должны играть в социально ориентированной системе здравоохранения, остается противоречивой. Использование рыночных механизмов в здравоохранении рискует создать условия, в которых качественное медицинское обслуживание окажется недоступным, поэтому рынок услуг здравоохранения должен быть регулируемым. Государство может использовать финансовые, кредитно-денежные и административные методы регулирования рынка услуг здравоохранения, механизмы планирования и прогнозирования.

Объектами регулирования могут быть: структура лечебной сети, объемы медицинской помощи, соплатежи населения, движение трудовых, материальных и финансовых ресурсов, процесс формирования рыночной среды, формы конкурентной борьбы и т.п.

Например, государство может утвердить принципы конкурентного размещения заказа на оказание медицинской помощи, определить правила проведения конкурса на заключение договоров с лечебными учреждениями.

В этих договорах могут быть отражены:

а) требование к применению стандарта медицинской помощи, на основе которого проверяется ее качество;

б) формы отчетности, делающие затраты лечебного учреждения прозрачными;

в) обязательное регулирование процесса ценообразования;

г) порядок мониторинга степени выполнения договорных обязательств;

д) требование к ограничению монополии медицинских организаций.

В деятельности государства важна роль стратегического и текущего планирования. Планирование является механизмом создания единой системы здравоохранения на всех уровнях управления. Это не отменяет рынок, а создает условия для более рационального его функционирования.

Стратегическое планирование определяет конкретные цели развития здравоохранения и способы их достижения, объемы ресурсов - трудовых, материальных, финансовых. Стратегическая перспектива составляет, как правило, 8-10 лет. Стратегический план развития отрасли должен быть сбалансирован с планами регионов и муниципальных образований. *Текущее* планирование осуществляется на основе бизнес-плана, составляемого на менее длительный срок (1-3 года), и должно увязать объемы и структуру медицинской помощи с минимальным, но гарантированным объемом финансовых средств.

В целом использование рыночных механизмов в здравоохранении требует от государственных органов не меньшей, а большей компетентности. Это не уход государства как регулирующего органа с рынка медицинских услуг, а изменение функций государства, перераспределение обязанностей в рамках существующей структуры, децентрализация власти.

Выделяют следующие типы децентрализации:

В целом регулирование рынка услуг здравоохранения со стороны государства неизбежно и обязательно, хотя методы этого регулирования зависят от экономической конъюнктуры.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите структурные элементы финансового механизма системы здравоохранения.
2. Перечислите источники финансирования системы здравоохранения России.
3. Какими критериями определяется структура рынка услуг здравоохранения?
4. Какие элементы структуры рынка услуг здравоохранения можно выделить при характеристике механизма рынка?
5. Что такое «спрос на медицинскую услугу»?
6. Дайте определение предложения медицинской услуги.
7. Возможен ли рынок свободной конкуренции в здравоохранении?
8. Какие специфические черты рынка услуг здравоохранения вам известны?
9. Каковы методы государственного регулирования рынка медицинских услуг?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Проанализируйте влияние перечисленных факторов спроса на медицинские услуги:

- 1) Уровень доходов населения.
- 2) Изменения в структуре населения.
- 3) Численность пациентов в стране.
- 4) Изменение запросов пациентов.
- 5) «Форсирование» спроса на медицинские услуги.

2. Верно ли следующее утверждение (да-нет):

С ростом доходов потребителей кривая спроса по цене на пластические операции будет смещаться вправо.

3. Закончите определение:

Вкусы и предпочтения потребителей медицинских услуг, число покупателей на рынке услуг здравоохранения, цены на взаимосвязанные услуги, изменения в ожиданиях будущих цен, изменения в доходах потребителей есть неценовые детерминанты _.

4. Выполните задание.

Составьте схему: «Структура рынка услуг здравоохранения» и выделите виды рынков как элементы этой структуры на основе критериев: объект купли-продажи, степень ограничения конкуренции, врачебные специальности, отношение к закону, механизм функционирования.

5. Выполните задание.

Проанализируйте влияние факторов, изменяющих объем предложения медицинских услуг: количество врачей, стоимость медицинского оборудования, технология лечебного процесса, налоги, наличие конкурентов.

Системы финансирования здравоохранения. Обязательное и добровольное медицинское страхование. Источники финансирования учреждений здравоохранения.

В конце 80-х-начале 90-х годов XX века стало очевидным, что неудовлетворительное функционирование российской системы здравоохранения является следствием не только недостаточного финансирования, но и неэффективного управления процессом оказания медицинских услуг и их оплаты.

Централизация ресурсов, недооценка в течение многих десятилетий экономических методов управления деформировали критерии оценки и методы стимулирования деятельности медицинских учреждений, труда медицинских работников: уравнилительный подход сочетался с чисто административными средствами и мерами. Финансирование осуществлялось по удельным нормативам затрат (бюджет-но-сметное финансирование), связанным не с конечными социально-значимыми показателями (законченный случай лечения больного), а лишь с объемными показателями (число коек в стационаре, посещений в смену в ам-булаторно-поликлиническом звене).

Такая модель финансирования способствовала экстенсивному развитию отрасли - увеличению сети учреждений здравоохранения, численности коек, росту показателя обеспеченности врачебными кадрами и др. Это наряду с затратным механизмом

финансирования, обусловленным выделением средств по удельным нормативам затрат и значительным дефицитом ассигнований, привело к сокращению финансовых ресурсов для приобретения медицинского оборудования, новых медицинских препаратов, внедрения передовых медицинских технологий, расширения основных непроизводственных фондов, а также снижению уровня зарплаты медицинских работников по сравнению со средним показателем в народном хозяйстве в целом.

В медицине часто невозможно гарантировать конечный результат, и оценка качества и эффективности всегда носит несколько субъективный характер. Само понятие «анализ работы» относится к управленческой функции и означает измерение работы с целью определения степени ее полезности для общества и последующих мер стимулирования труда; в конечном итоге оценка работы должна выражаться в размере заработной платы, определяющемся количеством, качеством и эффективностью труда.

В здравоохранении с конца 1960-х годов проводился ряд экономических экспериментов, направленных на совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи.

Первые такие эксперименты были осуществлены в 1967-1969 гг. на базе 20 учреждений со следующей целью: уточнить, повышает ли предоставление коллективам работников больших возможностей в использовании выделяемых ресурсов эффективность их применения. Позже были проведены еще 2 аналогичных эксперимента: в 1974-1975 гг. на базе 50 учреждений и в 1985-1988 гг. на базе 3 больниц Российской Федерации. С 1982 г. на базе 5 больниц проводился эксперимент по рациональному использованию коечного фонда стационаров за счет совершенствования лечебно-диагностического процесса, сокращения сроков обследования больных.

В экспериментах по рациональному использованию коечного фонда стационаров контроль осуществлялся не трудовым коллективом отделений, а руководством медицинского учреждения, т. е. носил субъективный характер. Эксперименты потребовали выделения дополнительных ассигнований на увеличение заработной платы сотрудникам. Доплата зависела в основном от таких показателей, как уменьшение длительности пребывания больного на койке и увеличение оборота койки. Таким образом, для реорганизации отрасли использовались экстенсивные методы.

Следующим шагом на пути внедрения экономических методов управления в здравоохранении стало применение бригадной формы организации труда, хотя бригадная система труда как таковая была известна и раньше (бригадные выезды врачей в районы области с целью проведения диспансеризации сельского населения; создание врачебно-инженерных бригад на предприятиях, сотрудничество персонала одного медицинского поста в стационаре; бригады оперирующих хирургов и операционных сестер и др.).

К 1983-1985 гг. относятся попытки оценивать работу коллективов по итогам социалистического соревнования между сотрудниками, отделениями, лечебными учреждениями. Однако существовавшая система балльных оценок была несовершенной, а недостаточное использование материальных стимулов, отсутствие прямой зависимости между количеством и качеством труда, с одной стороны, и заработной платой персонала - с другой, стали причиной малой эффективности и действенности данной методики контроля и показали ее дальнейшую бесперспективность. Тем не менее эти попытки создали оптимальные условия для перехода от индивидуальных форм организации труда к коллективным с использованием коэффициента трудового участия.

Первоначально бригадный метод начал внедряться среди младшего медицинского персонала в терапевтических отделениях стационаров 3 московских клиник. По условиям эксперимента, персонал мог объединяться в бригады по

уходу за больными, по уборке помещений и т.д. Конкретные нормы работ и показатели качества, за превышение которых производились доплаты, не «спускались» сверху в виде приказов и распоряжений, а разрабатывались непосредственно в самом

лечебно-профилактическом учреждении и утверждались администрацией по согласованию с профсоюзным комитетом.

Основными итогами эксперимента стали некоторое снижение потребности в кадрах младшего медицинского персонала, повышение трудовой дисциплины, качества и культуры обслуживания больных, усиление материальной заинтересованности работников в выполнении дополнительного объема работы.

Позже эксперимент был распространен на 16 медицинских учреждений РФ, Украины, Белоруссии, Латвии. Положительные его результаты стали основанием для разрешения в 1986 г. руководителям учреждений здравоохранения вводить бригадные формы организации труда и материального стимулирования среди среднего и младшего медицинского персонала, специалистов, служащих и рабочих отрасли. В комплексе с другими мероприятиями, в частности, научной организации труда (НОТ), это повлияло на улучшение ряда производственных показателей медицинских учреждений: увеличился оборот койки; сократились сроки пребывания больных в стационаре; уменьшилось количество нарушений трудовой и производственной дисциплин; увеличилась заработная плата сотрудников. Стала очевидной целесообразность распространения бригадной формы организации и материального стимулирования трудовой деятельности на другие категории работников, в том числе врачей, а также перехода к коллективной форме работы, когда задействовано все структурное подразделение или все медицинское учреждение в целом.

В 1987-1988 гг. метод бригадной организации и стимулирования труда врачей начал широко распространяться по всей стране. С введением нового метода у руководства стационара появилась возможность организовать работу коллектива так, чтобы заработная плата зависела от конечных результатов труда. Индивидуальный вклад работника определялся с учетом качества его труда. За основные параметры качества медицинской помощи принимали ее своевременность, квалификацию, деонтологические аспекты.

Результаты анализа экспериментов по внедрению экономических методов управления в здравоохранении позволили сделать следующие выводы:

1. Применяя экономические методы управления, можно более интенсивно использовать имеющиеся основные и оборотные фонды ЛПУ, при этом сохраняя надлежащее качество медицинской помощи.

2. Одним из факторов интенсификации деятельности медицинского учреждения наряду с процессной является материальная мотивация.

3. Дополнительные финансовые ресурсы, выделяемые в ходе некоторых экономических экспериментов на интенсификацию лечебного процесса в медицинском учреждении, в том числе и на стимулирование медицинских работников, оказались значительно меньше, чем расчетные затраты по дополнительному числу пролеченных больных с использованием прежней материально-технической базы.

4. Экономические методы управления в медицинских учреждениях, а также в целом в отрасли можно использовать не только в условиях бюджетного финансирования, но и при оказании платных услуг и при медицинском страховании.

Экономические методы управления объединили интересы медицинских учреждений с интересами работников и мотивацией их трудовой деятельности, что явилось важной составляющей новой модели экономической организации здравоохранения, особенно на этапе перехода к медицинскому страхованию.

Одной из попыток перехода к интенсивной модели развития отрасли стало внедрение нового хозяйственного механизма (НХМ), основанного на следующих признаках:

1. Финансирование по долговременным экономическим нормативам на душу населения:

- для амбулаторно-поликлинических учреждений - один прикрепленный житель (дифференциация по группам здоровья);

- для стационаров - один пролеченный больной (в зависимости от категории сложности);

- для службы скорой помощи - количество вызовов (дифференциация по категории сложности);

- для консультативных поликлиник (диагностических центров, поликлинических отделений, диспансера) - число консультативных приемов и диагностических исследований (дифференциация по категории сложности);

- для учреждений судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) и патологоанатомической службы (ПАС) - соответственно количество экспертиз и патологоанатомических исследований (дифференциация по сложности);

- для санитарно-эпидемиологической службы - количество обслуженного населения с учетом санитарно-гигиенической обстановки в регионе и т.д.

2. Привлечение внебюджетных источников финансирования.

3. Развитие самостоятельности и инициативы трудовых коллективов в решении вопросов производственной деятельности.

4. Зависимость оплаты труда от конечных результатов.

5. Использование новых форм организации труда.

В ходе эксперимента по НХМ увеличилась численность врачебных кадров во всех медицинских учреждениях, а также расходы на здравоохранение на всех территориях - как в абсолютном выражении, так и в расчете на одного жителя. В то же время эксперимент показал, что совмещение функций производителя и получателя медицинских услуг в одном лице недостаточно эффективно - необходим посредник между ЛПУ и пациентами, который представлял бы и защищал интересы последних при получении медицинской помощи. Реализовать такой подход позволяет внедрение системы медицинского страхования (ДМС и ОМС).

Перевод экономики на интенсивный путь развития повысил значимость исследований в области организации управления трудовой деятельностью, особенно в здравоохранении, где очень высок удельный вес затрат «живого» труда в совокупном полезном эффекте деятельности медицинских учреждений. На начальном этапе перестройки особое значение имели такие организационные мероприятия, как внедрение метода бригадной организации и материального стимулирования труда, так как в основу данного метода было положено использование интенсивных факторов развития и не требовалось практически никаких дополнительных материальных и финансовых затрат, но вместе с тем решались актуальные вопросы усовершенствования системы оплаты труда и внедрения экономических методов управления.

Необходимым условием эффективного функционирования любой организационно-экономической системы является обеспечение заинтересованности каждого работника в конечных результатах производственной деятельности. До последнего времени ведущее место в учреждениях здравоохранения занимала штатно-окладная система оплаты труда; в централизованном порядке устанавливались фиксированные должностные оклады. При этом перевыполнение работником обязательной нормы трудовой нагрузки, как правило, не вело к повышению заработной платы и не уменьшало заработную плату работника, не выполняющего своих обязанностей и допускающего недочеты в работе. Кроме того, такая система оплаты гарантировала автоматическое повышение заработной платы медицинского работника с ростом стажа, независимо от качества его работы.

Другими недостатками существовавшей в то время системы оплаты труда были:

- крайне низкая эффективность использования имеющихся ресурсов из-за жесткого регламентирования смет расходов, в том числе и оплаты труда;

- отсутствие фактической экономической самостоятельности учреждений здравоохранения, эффективной системы стимулирования деятельности медицинских работников по конечным результатам их труда;

- уравнилительный и гарантированный характер оплаты труда, вследствие чего вырабатывалось иждивенческое отношение к заработной плате, что приводило к снижению активности сотрудников, ухудшению творческой атмосферы и социально-психологического климата в коллективах.

Одно из наиболее существенных нововведений в системе здравоохранения связано с принятием в 1991 г. закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Дело даже не в том, что появился довольно мощный и эффективный финансовый ресурс в виде целевого стабильного норматива отчислений от одного из наиболее важных и динамичных показателей экономики страны - фонда оплаты труда. Этот закон коренным образом изменил систему организационно-экономических отношений в здравоохранении.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - это страхование, обязательное для всех граждан РФ, гарантирующее получение медицинской помощи в объеме программы ОМС за счет фондов ОМС, образованных из страховых взносов государства, муниципалитетов, хозяйствующих субъектов всех форм собственности.

Структурная схема системы ОМС сформировалась на основе механизма реализации договорных рыночных отношений с участием страховых медицинских организаций (СМО) и взаимодействия субъектов ОМС и территориальных фондов ОМС. При наличии системы медицинского страхования, в которой «деньги следуют за пациентом», распорядителями финансовых ресурсов системы становятся по существу врачи, которые, проводя обследование больных и выбирая схемы лечения и объемы медицинских услуг, во многом определяют уровень содержания медицинского учреждения.

ЛПУ любой формы собственности, получивши? лицензию и аккредитованные в установленном порядке, финансируются на основе договоров с СМО, территориальным фондом ОМС или его филиалами.

Существуют следующие способы оплаты медицинской помощи:

- Для амбулаторно-поликлинических учреждений: финансирование по смете расходов; финансирование по подушевому нормативу; оплата законченных случаев лечения; оплата отдельных медицинских услуг.

- Для стационарных учреждений: финансирование по смете расходов; оплата средней стоимости пролеченного больного; оплата законченных случаев лечения; оплата за койко-дни.

Кроме того, существует такой метод финансирования, как разработка глобального бюджета. Экономический смысл метода глобального бюджета - согласование экономических интересов ЛПУ и покупателя медицинской услуги - состоит в том, что оплачивающая сторона меняет приоритеты финансирования.

Этот метод стимулирует:

- 1) обоснованность направления больного из поликлиники в стационар;
- 2) создание стационарозамещающих форм предоставления медицинских услуг;
- 3) поиск форм кооперации с врачами поликлиник или создание собственных отделений амбулаторного приема, если их нет;
- 4) экономию средств для сложных случаев.

Глобальный бюджет формируется как финансовый план. Условие его выполнения - свободное распоряжение ресурсами, маневрирование ими. Результатами перехода на метод глобального бюджета должны быть:

- уменьшение числа случаев госпитализации;
- увеличение ресурсов на один случай стационарной помощи;
- более эффективное использование амбулаторного звена;
- установление вместо твердых тарифов договорных ставок оплаты оказанных услуг.

Появление с введением ОМС строгого учета расходования средств по объему и качеству оказанных медицинскими учреждениями услуг способствовало развитию в здравоохранении медико-экономических стандартов и ценообразования, внедрению

новых ресурсосберегающих технологий и методов лечения, оптимизации структуры учреждений здравоохранения, переоценке и перераспределению кадрового потенциала системы.

В период перехода к рыночной экономике поиск эффективных механизмов для улучшения деятельности службы охраны здоровья населения привел к замене централизованного сметно-затратного финансирования медицинских организаций оплатой фактически произведенной по договору работы, что стало первым шагом к формированию конкурентной среды в здравоохранении.

В соответствии с договорами ОМС на территориях субъекта РФ гарантированный объем и условия оказания бесплатной для граждан медицинской помощи, а также предельные тарифы на медицинские услуги определяются территориальной программой ОМС, в основу которой положена базовая программа ОМС - часть «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (далее: Программа госгарантий).

К основным принципам формирования программы ОМС можно отнести:

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровня и структуры заболеваний;
- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренным Программой госгарантий;
- научное обоснование необходимых материальных, кадровых и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- соответствие мощности учреждений здравоохранения региона планируемым объемам медицинской помощи;
- сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для ее реализации финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения территории, основанного на потребности населения в оказании медицинской помощи, и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

В территориальной программе ОМС определены источники финансирования медицинской помощи, а также рассчитаны потребности бюджетных средств и средств ОМС на ее выполнение, указаны конкретные объемы медицинской помощи и финансовые показатели. Этот документ корректируется и утверждается ежегодно. Программа разрабатывается в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и соответствующими постановлениями Правительства РФ и органов исполнительной власти субъекта РФ.

Определение потребности финансовых средств для обеспечения территориальной программы основано на нормативно-балансовом методе расчета требуемых ресурсов при традиционно сложившейся технологии и организации медицинской помощи (см. *Приложения*). При этом применяется предложенный Минздравом РФ алгоритм расчета, в котором определение стоимости территориальной программы основано на средних показателях расходов на единицу медицинских услуг - средней стоимости 1 посещения врача и средней стоимости 1 койко-дня в год по каждой медицинской специальности.

При расчете стоимости территориальной программы ОМС используют «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Утверждены МЗ РФ ?2510/9200-98-39 от 16.10.98 и ФФОМС ?4634/41 от 16.10.98). Методические рекомендации содержат комплекс нормативных документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой

населению за счет: средств бюджета субъекта РФ, бюджетов муниципальных образований, средств ОМС и других поступлений (см. *Приложения*).

Программа госгарантий призвана увязать государственные обязательства с ожидаемым размером финансовых средств системы бюджетного финансирования и ОМС. Стратегическими направлениями этой программы являются:

- 1) сокращение объема стационарной помощи (примерно на 20%);
- 2) развитие стационарозамещающих видов помощи;
- 3) увеличение расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, усиление ее лечебной функции.

Наряду с организацией ОМС законом о медицинском страховании предусмотрено внедрение системы *добровольного медицинского страхования (ДМС)*. Это вид медицинского страхования, возникающий на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком.

ДМС (коллективное и индивидуальное) осуществляется по соответствующим программам медицинского страхования, в которых содержится исчерпывающий перечень медицинских услуг (объем медицинской помощи), оказываемых в каждом случае. При коллективном ДМС страховые полисы приобретаются работодателями (самими или совместно с работниками). Работодатель может страховать и членов семей работающих. Главной отличительной чертой индивидуального ДМС является то, что оплату расходов за медицинские услуги берет на себя преимущественно сам пациент. В системе ДМС застрахованный может обращаться за лечебно-профилактической помощью в любое медицинское учреждение и к любому врачу-специалисту (в том числе консультанту), с которым подписан договор с СМО.

Особенности развития ДМС в России следующие:

1. Наличие достаточно большого потенциала для долгосрочного развития.
2. ДМС не является формой реализации принципа общественной солидарности, поскольку выплаты увязаны с размером сделанных взносов, а сами взносы устанавливаются с учетом рисков застрахованных граждан.
3. Объем медицинских услуг по ДМС определен платежеспособностью застрахованных.
4. Эта форма страхования развивается только при условии четкого определения границы между государственными обязательствами и дополнительным набором медицинских услуг и лекарственных средств.

В условиях рыночной экономики можно выделить бюджетную, страховую и частную (по источнику) системы финансирования здравоохранения (табл. 3).

Объем бюджетного финансирования в области здравоохранения устанавливается в зависимости от задач, выполняемых в рамках государственных программ. Если организации здравоохранения, источником финансирования которых является федеральный бюджет, принимают непосредственное участие в реализации региональных целевых программ в области здравоохранения, такая деятельность обеспечивается за счет средств бюджетов субъектов РФ и внебюджетных средств (табл. 4).

Централизованный бюджет здравоохранения значительно сужает возможности оперативного управления, минимизируя влияние факторов текущей ситуации на управление ресурсами, что неизбежно снижает общую экономическую эффективность бюджетного здравоохранения. При постоянном уменьшении

Таблица 3. Типы систем финансирования здравоохранения

Таблица 4. Расходы на здравоохранение, % от ВВП бюджета централизованное финансирование становится инструментом самоуничтожения системы здравоохранения.

По общей рекомендации ВОЗ, на здравоохранение как отрасль, обеспечивающую национальную безопасность страны, государство должно выделять не менее 6-7% от валового внутреннего продукта (ВВП). К сожалению, Россия отстает от этого показателя

(табл. 5), при этом размер расходов населения на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь (4,5% ВВП в 1998 г.) превышает объем государственного финансирования здравоохранения (3,1%). Совокупный объем расходов государства и населения на здравоохранение в нашей стране составляет 7,6% ВВП. Это существенно выше, чем в 1990-е годы (от 3,3 до 4,5% ВВП¹).

Таблица 5. Общие расходы на здравоохранение в странах Западной Европы, % от ВВП

¹ В.Э. Бойков, И.М. Шишкин. Участие населения в финансировании здравоохранения. - Здравоохранение, 2000, ? 3. С. 37-38.

Система ОМС, являясь составной частью здравоохранения, коренным образом изменила ситуацию, так как позволила перевести здравоохранение на многоканальное финансирование.

В условиях рыночной экономики внебюджетными источниками финансирования системы здравоохранения РФ могут быть средства:

- 1) ОМС и ДМС;
- 2) организаций, заключивших договоры с организациями здравоохранения на предоставление медицинских услуг;
- 3) инвесторов, финансирующих инновационные проекты, осуществляемые по инициативе и (или) на базе организаций здравоохранения, фанты и изобретения в области новых медицинских технологий;
- 4) образовательных медицинских и фармацевтических учреждений, использующих организации здравоохранения в качестве клинической базы;
- 5) от арендной платы за пользование имуществом, закрепленным за организациями здравоохранения на праве оперативного управления;
- 6) от деятельности, связанной с обучением медицинским технологиям медицинских работников, а также деятельности по санитарному просвещению населения на основании договоров с заказчиками;
- 7) предприятий и иных организаций по предъявленным им искам о возмещении расходов на лечение граждан в связи с профессиональными заболеваниями и несчастными случаями на производстве, дорожно-транспортными происшествиями, отравлениями и инфекционными заболеваниями, связанными с нарушением санитарно-эпидемиологического режима;
- 8) гуманитарной деятельности - в виде грантов (безвозмездных субсидий) или иной помощи (поддержки);
- 9) от иных поступлений, не запрещенных законодательством Российской Федерации;
- 10) от пациентов за предоставление им платных медицинских услуг.

Переходная экономика в условиях бюджетного дефицита и других неблагоприятных экономических реалий требует уменьшения затрат государства и широкого вовлечения внебюджетных средств в процесс развития отрасли, в том числе соучастия пациентов в расходах на медицинские услуги.

Многообразие форм собственности, предпринимательства и конкуренции является условием формирования рыночной системы, которая создает новый потенциал для удовлетворения социальных потребностей. Этот потенциал включает:

- увеличение возможностей получения доходов гражданами и обеспечения себя и членов семьи социальными услугами;
- появление новых источников удовлетворения потребностей через развитие частного предпринимательства.

За несколько лет в российском здравоохранении произошел крутой поворот от чрезмерно централизованной к фрагментарной системе.

Система здравоохранения оказалась разобщенной. С одной стороны, наметилась тенденция к разделению единой системы общественного здравоохранения по принципу основных источников финансирования - через систему ОМС, государственный и муниципальный бюджеты. Единая система общественного здравоохранения распределилась на 2 сектора - бюджетный и страховой. Одно и то же учреждение здравоохранения действует на основе абсолютно разных схем финансирования и управления в рамках бюджетной и страховой систем. Каждая из них строится на основе собственных правил, что оказывает крайне негативное влияние на экономику здравоохранения и препятствует реализации единого подхода к управлению и планированию.

Действующее законодательство об основах местного самоуправления закрепляет автономию местных органов власти в решении вопросов охраны здоровья. В результате каждое муниципальное образование строит свою собственную замкнутую систему.

В какой-то мере фрагментация системы компенсируется усилиями территориальных фондов ОМС, которые пытаются выстроить единую для субъекта Федерации систему финансирования. Действующее законодательство о медицинском страховании обеспечивает возможность централизации финансовых ресурсов для выравнивания условий финансирования здравоохранения. Тем не менее возможности системы ОМС весьма ограничены. Сегодня через ее структуры проходит только 30-35% всех ресурсов здравоохранения. Этого недостаточно, чтобы обеспечить разумную централизацию и единую управленческую стратегию.

Наблюдается тенденция к ослаблению взаимодействия между отдельными уровнями оказания медицинской помощи и службами здравоохранения. Из-за низкого уровня планирования один район вынужден содержать ненужные мощности, в то время как на соседней территории ощущается их острая нехватка. Можно привести много примеров простаивания дорогостоящей аппаратуры, приобретаемой небольшими районными больницами (обычно из-за отсутствия квалифицированных кадров). В результате действующая сеть медицинских учреждений все в меньшей степени соответствует реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов.

Кроме того, под угрозой оказался важнейший принцип организации системы - этапность оказания медицинской помощи. Система здравоохранения не может строиться в одном отдельно взятом районе, для повышения эффективности использования ресурсов требуется разумная регионализация сети медицинских учреждений, основанная на разделении их функций с учетом уровня и типа каждого учреждения.

Это предполагает более высокий уровень централизации управления и финансирования, чем сложившийся сегодня. В этом состоит принципиальное отличие здравоохранения от других систем социальной сферы, доставшихся в управление муниципальным властям.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем, по вашему мнению, состоит важность решения финансовых проблем в здравоохранении?

2. Охарактеризуйте различия между ОМС и ДМС.

3. Какие основные источники финансирования здравоохранения вы можете назвать?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Известно, что банки осуществляют депозитные и кредитные операции. В современных условиях банки могут предоставить более широкий спектр услуг: депозиты, кредиты, лизинг, овердрафт, мониторинг, факторинг, трастовые операции, инкассовые операции, открытие счетов, информационные услуги и др.

Выберите из перечисленных услуг те, которыми реально может воспользоваться ЛПУ для практической деятельности.

2. Ссудами, выданными банками на срок от 1 года до 8 лет, являются:

А) краткосрочные ссуды; Б) среднесрочные ссуды;

В) долгосрочные займы.

Выберите правильный ответ.

3. Преимущества такой формы финансирования, как лизинг, заключаются в том, что:

А) данная сделка относится к разряду незавершенных;

Б) данная сделка не числится на балансе лизингополучения;

В) выплата взносов лизингополучателем не дебетуется на его счет в качестве обязательств;

Г) верно все, указанное выше.

Выберите правильный ответ.

4. Для ЛПУ субъектами финансовых отношений являются:

А) органы городского бюджета; Б) казначейства, банки;

В) фонды ОМС, страховые и лизинговые компании; Г) налоговая инспекция;

Д) физические лица.

Исключите неправильный ответ.

5. К заемным средствам относятся:

А) устойчивые пассивы; Б) кредиты и ссуды;

В) кредиторская задолженность; Г) амортизационный фонд.

Исключите неправильный ответ.

6. Проанализируйте основные проблемы развития ОМС, указанные в тексте.

Разработайте соответствующую таблицу.

7. Составьте схему особенностей развития ДМС в Российской Федерации сегодня, используя изложенные в тексте данные.

8. Приведите примеры источников финансирования системы здравоохранения и представьте их в виде круговой диаграммы, отражающей примерную процентную значимость каждого источника.

9. Проанализируйте имеющиеся в тексте модели движения финансовых потоков в системе ОМС. Каковы основные различия между ними?

ГЛАВА 8. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Специфика предпринимательства в здравоохранении. Виды предпринимательской деятельности в здравоохранении. Экономическая сущность собственности. Организационно-правовые формы предпринимательской деятельности. Развитие общей врачебной практики.

Предпринимательской деятельностью (ст. 2 ГК РФ) является «самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке».

Материальной основой, исходной составляющей предпринимательской деятельности, ее факторами являются производственные ресурсы:

- природные - естественные, имеющиеся в природе экономические, производственные ресурсы в виде земли, полезных ископаемых, лесов, растительного и животного мира;

- трудовые - трудоспособное население, располагающее физическими и духовными способностями, которое может принять участие в процессе труда;

- средства производства - совокупность средств труда и предметов труда.

Кроме перечисленных, к основным факторам относят также научные и информационные ресурсы.

В здравоохранении предпринимательской деятельностью - *медико-производственным предпринимательством* по укреплению и улучшению здоровья граждан могут заниматься как организации, так и частные лица при производстве и реализации медицинских услуг и товаров медицинского назначения.

Возмещение затрат на-осуществление медико-производственной деятельности и прибыль от продажи товаров медицинского назначения и медицинских услуг предприниматели получают либо от организаций или лиц, финансирующих потребителей, либо за счет средств самих граждан, получающих медицинские услуги (покупающих товары медицинского назначения).

Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении могут быть: медико-производственное оборудование; инструменты; лекарства; консультационные, лечебно-диагностические, страховые услуги и т.п.

К основным видам предпринимательской деятельности в здравоохранении относятся:

- *Производственное предпринимательство* (оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов и т.п.).

- *Торговое предпринимательство* (купля-продажа товаров медицинского назначения). Продуктом предпринимательской деятельности в этом случае являются услуги продавца - поиск и покупка товаров нужного вида (типа), доставка, продажа, гарантийное обслуживание, которые вместе с предпринимательской прибылью в конечном итоге оплачиваются покупателем.

- *Финансовое предпринимательство* (объектом купли-продажи являются денежные средства). Сюда относится предоставление кредитов или вложение средств в различные объекты и виды медико-фармацевтической деятельности.

- *Страховое предпринимательство* (страховая защита). В соответствии с заключенным договором о ДМС страховщик обязуется полностью или частично компенсировать застрахованному убытки и потери, которые тот может понести.

Одной из основных характеристик предпринимательства в здравоохранении (помимо продукта, объема производства, прибыльности, темпов роста, научно-

технического уровня, территории, численности и т.д.) является форма собственности на имущество.

Собственность - принадлежность средств и продуктов производства определенным лицам (индивидам или коллективам) в конкретных исторических условиях, отражающих тип отношений собственности. Как экономической категории собственности присущи отношения: присвоения средств и продуктов производства в любой сфере деятельности; рационального использования основных средств, материалов, медикаментов, денег и т.п.; экономической реализации собственности (в том числе получение доходов).

В отечественном здравоохранении доминируют *государственная и муниципальная формы собственности*; в первом случае имущество принадлежит на правах собственности РФ, субъектам РФ, во втором - является собственностью района, города. Кроме того, в системе здравоохранения России в последние годы развиваются:

- *частная форма собственности* - абсолютное право физического или юридического лица на конкретное имущество;

- *коллективно-долевая форма собственности* - общая собственность нескольких лиц на имущество с установлением доли каждого из собственников или без определения долей. Владение собственностью осуществляется по соглашению всех ее участников;

- *смешанная форма собственности* - общая собственность субъектов хозяйственной деятельности (собственников). Может быть общая собственность субъектов, представляющих различные формы российской или российской и иностранной собственности.

Многообразие форм собственности является условием становления новой системы экономических отношений в здравоохранении. Этот процесс неразрывно связан с глубинными преобразованиями, происходящими в стране, с возникновением новых субъектов хозяйствования в результате структурной перестройки производства, возрождением малого бизнеса, индивидуальной предпринимательской деятельности.

Предпринимательство в здравоохранении возможно в рамках организационно-правовых форм, разрешенных законодательством Российской Федерации. В соответствии с ГК РФ предпринимательством могут заниматься как физические (частнопрактикующий врач, медицинская сестра), так и юридические лица.

Все юридические лица можно разделить на коммерческие и некоммерческие организации. *Коммерческие организации* могут быть представлены: хозяйственными товариществами, хозяйственными обществами (например, акционерным обществом - АО), производственными кооперативами (в том числе медицинскими), государственными и муниципальными унитарными предприятиями. К *некоммерческим организациям* относятся учреждения, фонды, ассоциации и союзы, общественные и религиозные организации, потребительские кооперативы.

Из всех представленных организационно-правовых форм предпринимательства в России наибольшее распространение получила такая, как государственное или муниципальное медицинское учреждение, имеющее право оказывать медицинские услуги на платной основе. Такое лечебное учреждение имеет следующие характерные черты:

1) структура - некоммерческая организация;

2) собственность - государственная и муниципальная;

3) имеет право на предпринимательскую деятельность в виде платных медицинских услуг;

4) цены на платные медицинские услуги регулируются со стороны государства;

5) более жесткий, чем в коммерческих структурах в здравоохранении контроль государства в лице органов управления здравоохранением за ценами, расходованием средств;

6) как правило, два основных источника финансирования деятельности: бюджетные средства и средства ОМС. Дополнительным источником могут стать доходы от платных медицинских услуг.

Частнопрактикующее лицо может организовать свою деятельность на базе аренды собственности, принадлежащей любой из ранее перечисленных организационно-правовых форм предпринимательства.

Приведем сравнительную характеристику организационно-правовых форм предпринимательства, сложившихся в отечественном здравоохранении (табл. 6).

Какая бы организационно-правовая основа *предпринимательской деятельности* ни была выбрана, формула этой деятельности одна: *получение прибыли*.

В рыночной экономике в целом и в здравоохранении в частности развита акционерная форма предпринимательства.

При создании негосударственного предприятия прежде всего утверждается его организационно-правовой статус, начиная с определения формы собственности, затем следует подготовка учредительных документов (устав и др.), возможно создание дочерних предприятий, филиалов и представительств.

Таблица 6. Общие черты и различия обществ с ограниченной ответственностью и акционерных обществ

Если организуется АО закрытого типа (ЗАО), то акции распространяются внутри коллектива. Открытое АО (ОАО) позволяет ускорить распространение акций (тогда, как внутри коллектива может не хватить личных средств), привлечь больше средств от их продажи (акции можно распространять не на льготных условиях, т. е. не дешево, а по рыночной цене), более тесно взаимодействовать с другими лечебными учреждениями, так как уставный фонд формируется за счет продажи акций любым лицам, определенным законом.

Сначала оценивается имущество лечебного учреждения. На сегодняшний день обычно это делает специально созданная комиссия или используется остаточная стоимость фондов. (В развитой рыночной экономике, в условиях свободно формируемых цен и отсутствия высокой инфляции, имущество оценивается по рыночной стоимости). Законодательно установлено, что акции могут быть выпущены на всю стоимость имущества. *Номинальная стоимость акции* - ее первоначальная цена, по которой она реализуется при учреждении АО.

Затем определяют массу дивиденда, ставку дивиденда и номинальную стоимость акций.

Дивиденд - доход, полученный владельцем акции по результатам деятельности АО.

Масса дивиденда (или сумма дивидендов) - часть прибыли, идущая в распоряжение акционеров по результатам деятельности АО.

Ставка дивиденда - процентное отношение дохода по акции к ее стоимости.

При установлении ставки дивиденда необходимо учитывать и банковский процент по депозитам, т. е. процент на ценные вклады (акции, облигации, деньги и др.) в кредитные учреждения, в качестве которых прежде всего выступают банки. Если банк выплачивает вкладчикам больше, чем АО, то выгоднее направлять деньги не в акции, а в банк. Кроме того, ставка дивиденда должна быть не ниже уровня инфляции, иначе деньги, вложенные в акции, обесценятся.

Далее определяется сумма чистой прибыли для выделения средств на уплату дивидендов. Чтобы ее определить, необходимо знать налог на прибыль. Действующий налог на прибыль составляет 24% (для медицинских учреждений, оказывающих платные услуги) и распределяется следующим образом: 7,5% - в федеральный бюджет, 14,5% - в бюджет субъекта Российской Федерации, 2% - в местный бюджет.

Затем определяют массу дивиденда - это произведение уставного фонда на ставку дивиденда (в %).

Сравнение величины ожидаемой чистой прибыли и массы дивиденда позволяет определить целесообразность создания АО. Если масса дивиденда окажется равной чистой прибыли или больше нее, данное медицинское учреждение не сможет расплатиться с акционерами (снижение ставки дивиденда невозможно, так как в этом

случае акции невыгодны). Если чистая прибыль превышает массу дивиденда незначительно (чего недостаточно для обеспечения инвестиций, при этом банковский процент за кредит больше рентабельности, прибыльности), создание АО нецелесообразно.

Если же подсчеты показали целесообразность создания АО, объявляется открытая подписка на акции для организаций и частных лиц. АО вправе выпускать до 10% привилегированных акций, гарантирующих фиксированный доход независимо от результатов деятельности медицинского учреждения, но не дающих права управления им. Акции могут выпускаться именные и на предъявителя. Граждане покупают только именные акции, продать которые другим лицам можно при регистрации этого пакета в АО.

Если известен годовой уровень инфляции, при расчетах ставку дивиденда прибавляют к показателю инфляции. Процент, связанный с риском вложения денег в акции АО, должен компенсироваться путем повышения дивиденда (обычно прибавляют 2%).

Наиболее восприимчив к нововведениям малый бизнес. В рамках государственного и негосударственного здравоохранения он может принимать организационно-правовую форму индивидуального предпринимательства. Такая форма предпринимательства, а именно профессиональная деятельность медицинского работника (прежде всего, врача) как частнопрактикующего лица, регулируется ГК РФ.

Индивидуальное предпринимательство в отечественном здравоохранении возможно сегодня в рамках общей врачебной практики (ОВП) и службы семейных врачей.

ОВП должна пройти регистрацию в органе управления здравоохранением, который обязан контролировать:

- качество медицинской помощи врача общей практики;
- соблюдение стандартов оказания медицинской помощи;
- выполнение профилактических медицинских услуг;
- соответствие врача общей практики функции должности;
- уровень образования врача;
- систематическое повышение врачом общей практики своей квалификации и получение сертификата о повышении квалификации не реже, чем один раз в 5 лет.

Если ОВП организуется на базе государственного (муниципального) ЛПУ, то частично финансирование идет за счет бюджетных средств и средств ОМС. Третьим источником финансирования ОВП являются средства, заработанные от платной медицинской деятельности и ДМС.

Личностный подход врача общей практики к пациенту позволяет снизить заболеваемость вследствие профилактических мероприятий и индивидуализации методов лечения, что повышает качество медицинской помощи и экономит ресурсы здравоохранения, особенно в дорогостоящем стационарном звене.

Наиболее выгодно вводить ОВП в удаленных малонаселенных районах, сельской местности и, наоборот, в экономически благоприятных регионах с платежеспособным населением (например, в Москве, в качестве платной медицинской деятельности по обслуживанию определенной категории граждан). Врач общей практики:

1. Действует на основе существующей нормативно-правовой базы.
2. Самостоятельно выбирает контингент пациентов (например, с помощью рекламной кампании).
3. Оказывает медицинские услуги по Программе госгарантий.
4. Оказывает медицинские услуги по ДМС.
5. Распоряжается полученными в результате своей деятельности доходами (в соответствии со ст. 298 ГК РФ), фиксирующимися на отдельном специальном счете поликлиники.

Однако развитие ОВП в России затруднено по нескольким причинам:

- низкая покупательная способность населения, которое не может оплачивать объективно дорогие медицинские услуги;
- сопротивление врачей «узких» специальностей, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене и не заинтересованных в более сложных обязанностях;
- низкий уровень заработной платы медицинских работников.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое собственность и какие отношения выражает эта категория в экономическом плане?
2. Какие изменения отношений собственности происходят в современном отечественном здравоохранении?
3. Назовите основные черты, которые, по вашему мнению, лучше всего характеризуют предпринимательство?
4. В каких организационно-экономических формах возможен медицинский бизнес?
5. Тожественны ли понятия «собственник» и «предприниматель»?
6. Какие препятствия вы видите на пути развития ОВП в России?
7. Возможно ли финансирование ОВП в системе ОМС?
8. Каковы пути организации службы семейной медицины в рамках малого бизнеса в здравоохранении и в чем преимущества и недостатки такой организации?

ТЕСТЫ, ЗАДАНИЯ

1. Медицинское учреждение предполагает взять банковскую ссуду на строительство нового корпуса. Годовая ставка процента за ссуду - 18%. Ожидаемая норма прибыли - 20%. При этих условиях медицинское учреждение:
 - А) не будет строить новый корпус; Б) будет строить новый корпус;
 - В) несмотря на убыток, решит строить новый корпус;
 - Г) не сможет принять решение на основе имеющейся информации; Д) такая ситуация не может иметь места. Выберите правильный ответ.
2. Медицинское учреждение направит свои деньги на приобретение государственных ценных бумаг лишь в том случае, если оно ожидает, что:
 - А) процентные ставки вскоре значительно вырастут по сравнению с настоящими; Б) процентные ставки значительно сократятся по сравнению с настоящими;
 - В) процентные ставки сначала вырастут, а затем снизятся; Г) процентные ставки не изменятся;
 - Д) не будет инфляционного роста цен. Выберите правильный ответ.
3. Ценная бумага - это:
 - А) документ, удостоверяющий с соблюдением установленной формы и обязательных реквизитов имущественные права, осуществление или передача которых возможны только при его предъявлении;
 - Б) документ, свидетельствующий о внесении денежной суммы. Выберите правильный ответ.
4. Какой признак характерен только для корпорации (АО)?
 - А) привлечение к управлению наемных менеджеров; Б) деление прибыли между собственниками фирмы;
 - В) выплаты дивидендов;
 - Г) использование наемного труда. Выберите правильный ответ.
5. Какие формы собственности в здравоохранении вы знаете?
 - А) общественная; Б) федеральная;
 - В) муниципальная;
 - Г) коллективно-долевая; Д) частная;
 - Е) собственность общественных организаций. Выберите правильный ответ.
6. Какая организационно-правовая форма предпринимательства наиболее распространена на современном этапе реформы здравоохранения?
 - А) АО;

Б) ЛПУ, оказывающее в том числе и платные медицинские услуги;

В) медицинский кооператив; Г) частнопрактикующий врач.

Выберите правильный ответ.

7. Номинальная цена акции определяется: А) суммой, указанной на акции;

Б) рыночной ценой акции; В) суммой, по которой вы приобрели акцию. Выберите правильный ответ.

8. Проведите сравнительный анализ экономических основ организации ОВП на базе поликлиники и в рамках малого бизнеса. Оформите выдвигаемые положения в виде таблицы и обсудите ее содержание на учебном занятии.

ГЛАВА 9. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Бисмаркская система здравоохранения. Национальная, или беверидгская система. Страны с развитой системой частного медицинского страхования. Здравоохранение в развивающихся странах.

С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить следующие формы организации здравоохранения: страховую (бисмаркскую), национальную (беверидгскую), государственную (социалистическую) и частную.

Системы организации здравоохранения, основанные на принципах страхования, называются *бисмаркскими* (по имени канцлера Германии Отто фон Бисмарка). Роль правительства в такой системе ограничена. Оно определяет перечень основных услуг, которые должны оказываться застрахованным; устанавливает группы населения, которые должны быть застрахованы; регулирует величину страхового взноса; разрешает спорные вопросы и определяет основные правила игры.

Общим для бисмаркской и *беверидгской* систем здравоохранения является то, что и при ОМС, и в государственной системе нет прямой связи между величиной платежей (налогов) и объемом предоставляемой медицинской помощи; все должны платить и все должны иметь равный доступ к медицинской помощи.

Принципы *социалистического здравоохранения* во многом совпадают с беверидгскими системами, но в отличие от них для социалистического здравоохранения характерны всеобъемлющая роль государства в организации здравоохранения, сверхцентрализация управления, преимущественно государственное финансирование. Разработанные Н.А. Семашко принципы были положены в основу здравоохранения СССР, бывших и современных социалистических республик.

США, единственная экономически развитая страна в мире, ставящая во главу угла не общественную, а индивидуальную ответственность за здоровье, имеет развитую систему *частного* медицинского страхования.

Бисмаркская система здравоохранения сохраняется сегодня в таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Франция, Швейцария, Япония. Это страны, где общественные фонды здравоохранения формируются главным образом за счет взносов трудящихся и предпринимателей при минимальном финансовом участии государства. Однако во всех этих странах фонды находятся под контролем государства и являются частью государственных финансов. ОМС охвачено от 80 до 99,8% населения. Степень охвата населения страхованием на случай болезни свидетельствует о доступности медицинской помощи для населения. Широко распространена сооплата при получении медицинской помощи и выполнении программы ДМС.

Германская система здравоохранения представляет собой в основном самоуправляемую систему медицинского страхования и предоставления медицинских услуг. Правительство постоянно держит производителей медицинских услуг и плательщиков под контролем, препятствуя слишком быстрому росту цен на медицинские услуги. Система предоставления медицинских услуг находится в условиях открытого нормирования, при этом управляемая в частном порядке система, включающая многих плательщиков, представляет собой конгломерат общественных и частных лечебных учреждений, которые объединяют значительное число медицинских производителей услуг, работающих на коммерческой основе.

Охват медицинским страхованием составляет более 90% населения страны и достигается с помощью установленной законом системы медицинского страхования, которая предусматривает, что все граждане с доходом ниже 6 тыс. марок являются членами фондов страхования по болезни - больничных касс. Каждая больничная касса имеет строго определенный, стандартный, максимально полный и одобренный на

федеральном уровне пакет страховых пособий по болезни. Лица с доходом выше 6 тыс. марок могут воспользоваться по своему выбору услугами одной из почти 50 частных коммерческих компаний. Однако, многие предпочитают пользоваться услугами системы ОМС, которая финансируется посредством страховых премий, устанавливаемых с учетом размера доходов. Формально одна половина страховой премии должна оплачиваться работающим, другая - работодателем. В действительности доля работодателей обеспечивается за счет снижения общего уровня заработной платы работающих. Размеры взноса каждой отдельно взятой семьи в больничную кассу зависят только от ее платежеспособности, но не от количества членов семьи и состояния их здоровья.

Больничные кассы производят расчеты с производителями медицинских услуг в рамках единой системы, в соответствии с которой каждая касса на территории определенного региона пользуется едиными тарифами. Размеры тарифов ежегодно согласовываются между ассоциациями больничных касс и ассоциациями производителей медицинских услуг каждого региона. Если рост затрат превышает рост заработной платы в среднем по стране, преysкурнты снижаются до уровня, удовлетворяющего требованиям бюджета.

Пациент обладает неограниченным правом выбора лечебного учреждения по своему усмотрению.

В Германии законодательно установлены следующие виды больничных касс:

- местные кассы, которые формируются по территориальному принципу; в них состоит наибольшая доля застрахованных (44%);
- дополнительные больничные кассы служащих (34%);
- заводские и фабричные кассы, учреждаемые предпринимателями с целью осуществления страхования от несчастных случаев и профессиональных заболеваний;
- строительные кассы;
- ремесленно-цеховые кассы;
- федеральные горнопромышленные кассы.

Каждая больничная касса обязана распоряжаться страховыми взносами так, чтобы покрывать стоимость предоставляемых услуг. Поскольку численность застрахованных в кассах разная, различаются и суммы поступлений от страховых взносов. При среднем по стране страховом тарифе 12% его реальные величины распределяются в пределах 8-16%. Страховые взносы за пенсионеров вносятся пенсионным страхованием и самими пенсионерами. Страхование безработных на случай болезни осуществляется федеративным ведомством по трудоустройству.

Контроль за расходованием средств страховых фондов больничных касс осуществляют: федеральное ведомство по страхованию; органы власти, в компетенцию которых входит руководство социальным страхованием, в частности министерства здравоохранения федерации и земель; федеральное министерство труда и социального обеспечения.

Раз в 6 лет в больничных кассах проводятся общие выборы: застрахованные и их работодатели избирают на паритетных началах административный совет из представителей обеих сторон. Административный совет приглашает управляющих и назначает правление, которые и осуществляют руководство кассой.

За счет больничных касс оплачиваются домашний уход за больными с участием квалифицированного персонала (когда лечение в больнице показано, но неосуществимо), а также помощь на дому (если застрахованные лишены возможности заниматься хозяйством и в семье есть ребенок моложе 8 лет или инвалид, нуждающийся в помощи).

Застрахованный частично возмещает расходы, связанные с челюстно-ортопедическим лечением детей, зубным протезированием взрослых.

За счет больничной кассы оплачиваются: расходы по использованию стандартного набора лекарственных и перевязочных средств; пособия в случае стойкой утраты

трудоспособности - в размере 80% от заработной платы за вычетом всех налогов; пособие по беременности и родам; пособие по уходу за ребенком.

Несмотря на схожесть функционирования страхования, в странах с бисмаркской системой здравоохранения имеются существенные различия. Так, во Франции, Австрии и Люксембурге застрахованные не имеют право самостоятельного выбора страховщика, а прикрепляются к больничной кассе в зависимости от рода деятельности. В Бельгии, Германии и Израиле, напротив, каждый гражданин имеет право свободного выбора страхового фонда. Существуют также различия в свободе выбора медицинского учреждения и врача.

Системы, в которых основным поставщиком услуг является государство, предоставляя их как общественные блага, называются национальными, или бевериджскими. Для них характерны финансирование за счет общего налогообложения, контроль со стороны парламента, управление правительственными органами, равнодоступность медицинской помощи для всех граждан.

Национальные системы здравоохранения приняты в странах Северной Европы, Великобритании, Греции, Испании, Италии, Канаде и Португалии, в которых основная часть фондов (50-90%) формируется государством.

В Великобритании, Ирландии, Дании действуют государственные системы медицинского обслуживания, финансируемые из общих бюджетных поступлений. В Италии, Швеции и Финляндии медицинское страхование построено преимущественно по принципу социального страхования. Оно финансируется за счет целевых взносов на трехсторонней основе, но преобладают государственные субсидии. Австралийская система здравоохранения финансируется из общих налогов.

Система ОМС охватывает все население Канады с 1914 г. и управляется централизованно. Каждая из 9 провинций имеет свою систему ОМС, в которой определяются два направления - страхование для больничного и для амбулаторного обслуживания.

Бюджет канадского здравоохранения складывается из следующих отчислений: 42,2% - из бюджета провинций, 31,9% - из федерального бюджета, 1,8% - от общин и 24,1% - собственно от пациентов, включая взносы на частное страхование и персональные выплаты. Государство обеспечивает примерно 75% всех расходов на здравоохранение. Медицинские учреждения и система страхования работают на некоммерческой основе. Провинции могут выбирать форму финансирования страховой медицины через страховые взносы или налоги. Только 3 провинции собирают страховые взносы, другие финансируют медицинскую помощь за счет подоходного налога, налога с оборота и налога на собственность. Платежи на страхование поступают целевым образом в специальный фонд программы медицинского страхования. Взносы уплачиваются работодателями и самостоятельно хозяйствующими физическими лицами напрямую в фонд. При этом лица старше 65 лет и семьи с низким доходом освобождены от уплаты взносов. В некоторых провинциях используется практика сооплаты медицинской помощи в момент ее получения.

Персональные выплаты за амбулаторную и больничную медицинскую помощь довольно низки и составляют 8% от себестоимости амбулаторного обслуживания и 0,2% - от себестоимости больничного лечения. Виды медицинской помощи, включенные в государственную программу, по закону не могут быть включены в программы ДМС. Этим обеспечивается распределение рисков между здоровыми и больными, бедными и богатыми.

Государственные гарантии обеспечивают граждан практически всеми видами медицинской помощи. Больничная помощь оказывается примерно на одинаковом уровне по всей стране, однако между провинциями имеются различия в оплате за госпитализацию в частные отделения или за отдельные виды помощи (в частности, за косметическую). Различаются также условия госпитализации в дома сестринского ухода,

ухода на дому и т.п. В то же время хотя услуги хиропрактиков, натуропатов, оптометристов и других специалистов исключены из государственных гарантий, в некоторых провинциях они также оплачиваются обществом. Сказанное относится и к амбулаторной стоматологии, выписке лекарств при амбулаторном лечении; в разных провинциях они могут быть бесплатными, частично или полностью платными для пациентов.

При переезде гражданина из одной провинции в другую он становится застрахованным по новой программе на срок не более 3 мес. В настоящее время каждый канадец получает медицинскую помощь абсолютно бесплатно.

Обеспеченность больничными койками и врачами в Канаде - одна из самых высоких в мире, что порождает сверхпотребление медицинской помощи и в значительной степени объясняет 2-е (после США) место в мире по уровню расходов на здравоохранение в ВВП. В настоящее время политика правительства направлена на обеспечение не всех видов медицинской помощи, а только необходимой помощи. Происходит сокращение персонала в медицинском секторе при одновременном увеличении - в профилактическом.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики и семейными врачами. Врачи-специалисты, включая терапевтов и педиатров, работают только в качестве консультантов. Консультант получает оплату за каждую консультацию по направлению другого врача. Если же консультант не может подтвердить, что оказывал помощь по направлению другого врача (т. е. оказал ее инициативно), оплата будет осуществлена по тарифам врача общей практики, которые ниже, чем у специалиста.

Врачи получают оплату в расчете на услугу. Но стоимость услуг регулируется профессиональными медицинскими ассоциациями, так как они должны уложиться в фиксированную сумму, ежегодно устанавливаемую в результате переговоров с властями провинции.

Стационарная помощь четко дифференцирована, хорошо налажена этапность оказания медицинской помощи. Широко распространены специализированные больницы, больницы по уходу, дома сестринского ухода, больницы и медицинские центры по долечиванию, восстановительному лечению, реабилитации.

Федеральное министерство здравоохранения и социального обеспечения не управляет больницами напрямую. Оперативный контроль осуществляют правительства провинций. Министерство разрабатывает стратегию развития здравоохранения, составляет долгосрочные планы, прогнозирует расходы, координирует научные исследования и подготовку кадров, разрабатывает общенациональные стандарты.

Частным больницам, действующим на коммерческой основе, принадлежит примерно 2% коечного фонда страны. Частное страхование в Канаде запрещено, исключение составляет лишь страхование от несчастных случаев. Программа медицинского страхования включает практически все виды амбулаторной (по медицинским показаниям) и больничной помощи (за исключением размещения в 1- или 2-местных палатах), все необходимые медикаменты, биологические продукты, изделия медицинского назначения, диагностические процедуры, психиатрическую помощь.

В программу страхования не входят визиты к врачам больниц с целью выписки рецепта, приобретения очков, контактных линз, медицинского обследования при поступлении на работу, для акустгунктуры, психологического тестирования и т.п.

В канадской государственно-провинциальной системе федеральное правительство делает существенные отчисления на душу населения в здравоохранение каждой провинции. Последние финансируют больничные услуги из бюджета, определяемого на основании предыдущего опыта и индексации затрат с учетом инфляции и увеличения числа работающих, а также принимают новые программы. Данная система обеспечивает всеобщее страхование. Страхователь один для всех - правительство провинции, которому врачи посылают свои счета. Число направлений на лечение в больницу напрямую связано

с количеством пациентов, которое больницы могут обслужить в пределах своего ограниченного бюджета.

Главным недостатком канадской системы является то, что она привязана к системе оплаты за услугу, в ней не заложены рыночные или иные факторы, которые стимулировали бы медицинские учреждения организовать систему с оптимальным качеством и эффективностью. Это делает врачей незаинтересованными в гарантиях высокого качества и контроля за использованием ресурсов.

Канадскую систему здравоохранения часто называют «системой одного плательщика», поскольку она в целом финансируется и управляется правительственной администрацией с использованием частного рынка предоставления медицинских услуг. Основным достоинством этой системы является полный охват населения страны медицинскими услугами и прямой системой управления.

Примером страны с развитой системой частного медицинского страхования являются США. На становление американской системы частного страхования существенное влияние оказала традиционная приверженность нации идеям личной свободы, личной ответственности и свободного предпринимательства.

Система здравоохранения США представляет собой большое разнообразие программ, охватывающих значительную часть населения. Можно выделить следующие основные государственные программы: для престарелых; для бедных; для военнослужащих; для находящихся в отставке военных. Программа для среднего класса в основном осуществляется частными страховыми компаниями. Большинство американских фирм, как правило, обеспечивают коллективное страхование своих рабочих и служащих. 13% населения имеют как личную страховку, так и страховку работодателей. Не все предприниматели могут себе позволить страхование работников (в 1994 г. у 39,7 млн жителей страны не было личных страховок), причем этот показатель имеет тенденцию к увеличению в связи с ростом стоимости медицинской помощи.

Мелкие предприятия способны оплачивать только часть медицинской страховки своих работников. Многие компании предпочитают вносить страховые суммы за работников не постоянно, а только, когда лечение необходимо, поэтому в случае увольнения работник фактически оказывается незастрахованным.

Для большинства населения страхование здоровья является частным делом каждого. Около 85% американцев покупают полисы частного медицинского страхования, расходуя на это более 10% дохода семьи.

ДМС получило развитие в США еще в 30-е годы XX века, когда были созданы две крупные организации: «Голубой крест» (больничное страхование) и «Голубой шит» (амбулаторно-поликлиническая помощь). Эти организации считаются некоммерческими; получаемую прибыль они используют для развития своей основной деятельности - медицинского страхования и не имеют права ее капитализировать. Финансирование здравоохранения в США осуществляется за счет федеральных и региональных налогов, страховых взносов и личных выплат граждан. Из общей суммы расходов на охрану здоровья в 1990 г. 42% покрывались за счет федеральных средств, 33% - за счет страхования работающих предприятиями и 20% - за счет личных средств граждан. В том же году 38% средств расходовалось на оплату больничных счетов, 19% - на оплату врачей, 8% - на обслуживание домов для престарелых и инвалидов, 23% - на стоматологическую помощь, приобретение лекарств, уход на дому; 12% составили прочие расходы. Малоимущие семьи тратили на охрану здоровья 14% своего бюджета, семьи с высоким доходом - 1,9%. В 1993 г. трудности с оплатой счетов за лечение испытывали около 20% граждан США.

ДМС обеспечивает до 32% финансирования здравоохранения. Около 47% населения США охвачены системой страхования здоровья.

Американское здравоохранение является самым затратным в мире (расходы на него составляют около 14% ВВП) и имеет 4 основных механизма финансирования:

- государственная программа «Медикейд» - медицинская помощь неимущим (около 50 млн человек);
- обязательное социальное страхование престарелых - «Медикер» (около 30 млн человек старше 65 лет);
- оплата медицинской помощи самими пациентами (29% затрат на здравоохранение);
- частное медицинское страхование, осуществляемое частными страховыми компаниями, цель которых - получение прибыли.

Медицинское обслуживание пенсионеров (в США это лица старше 65 лет) осуществляется за счет налоговых поступлений и доходов федерального правительства. На социальное страхование вносятся специальные налоги в равных долях работодателями и наемными работниками - по 7,65%. В фонд «Медикер» направляется 1,45% страховых взносов. Лица свободных профессий и мелкие предприниматели вносят социальный налог в размере 15,3% дохода, из которых в фонд «Медикер» направляется 2,9%.

На 50% финансирование медицинского обслуживания пенсионеров обеспечивается теми, кто в настоящее время работает; это создает значительные проблемы в связи с быстрым ростом доли пожилых людей и уменьшением относительного числа работающих. Оставшиеся 50% расходов на охрану здоровья пенсионеров покрываются за счет ранее заключенных страховых договоров или предприятиями, на которых работали пенсионеры. При отсутствии таких источников больной должен оплачивать недостающую часть сам. Так, в 1972 г. пенсионеры лично оплачивали 7,8% расходов на лечение, а в 1988 г. - уже 12,5%.

Государственная программа «Медикер» состоит из 2 частей: А - страхование на случай больничного лечения; Б - дополнительное страхование.

Программа А распространяется на достигших возраста 65 лет и имеющих право на пользование Общей федеральной программой, являющейся основной программой социального страхования. Право на дополнительное страхование имеют лица старше 65 лет, проживающие в США и являющиеся гражданами США либо имеющие вид на жительство, лица, прожившие в США не менее 5 лет до момента обращения за дополнительным страхованием. Лица, обладающие правом пользоваться страховой программой А, пользуются и правом присоединения к программе Б.

Около 10% населения США относится к категории бедных. Медицинская помощь бедным выделена в отдельную государственную программу - «Медикейд» и оказывается им в пределах неотложной необходимости из средств федерального бюджета или больниц. Последние стараются компенсировать свои расходы на обслуживание малоимущих за счет увеличения стоимости лечения застрахованных, хотя обоснованность лечебных и диагностических назначений контролируется страховыми фирмами. В 1989 г. в результате лечения малоимущих больницы недополучили 13,2 млрд долларов.

Система медицинских учреждений в США формируется в основном в соответствии с финансовыми возможностями и потребностями местного населения по законам свободного рынка. Жители свободны в выборе врача, а врачи - в выборе характера и места практики. Планирование медицинской службы на федеральном уровне нет. Муниципальные и окружные департаменты охраны здоровья только обеспечивают незначительный объем помощи через общественные клиники, контролируют состояние окружающей среды и качество водоснабжения.

В 1992 г. насчитывалось более 6700 больниц, из них 5480 коммунальных больниц неотложной помощи, 880 специализированных (психиатрических, реабилитационных, для страдающих хроническими заболеваниями) и 340 федеральных (для военнослужащих, ветеранов и аборигенов). Среди коммунальных больниц 59% - неприбыльные, они управляются советами из местных общественных деятелей, и их доходы не облагаются налогами; 27% управляются местной администрацией и 14% - прибыльные; они являются собственностью отдельных лиц или групп и облагаются налогами.

В 1990 г. в США насчитывалось 574 тыс. врачей, на каждую тысячу жителей приходилось 2,3 врача. Около 1/3 врачей - педиатры-интернисты и семейные врачи, остальные - «узкие» специалисты.

Около 40% врачей принимают больных в своих офисах и проводят им лечение самостоятельно - амбулаторно или в стационарах, при которых аккредитованы. Оплата труда этих врачей осуществляется по счетам, выставляемым больным или страховым фирмам. За пребывание больных в стационаре, использование больничного оборудования страховые фирмы или сами пациенты перечисляют на счет клиники деньги, которые обеспечивают ее финансовые потребности по всем статьям, в том числе и на развитие.

Поскольку доход клиники зависит от количества пациентов, она заинтересована иметь самое современное оборудование, поэтому в большинстве стационаров США высокий уровень технологической оснащенности.

Частные страховщики (более 1500 страховых компаний) работают в рамках жесткой конкуренции, что приводит к негативным последствиям - компании предпочитают страховать лиц молодого возраста, здоровых, принадлежащих к среднему классу.

Законы свободного рынка, действующие в системе здравоохранения США, способствовали созданию высокотехнологичной медицины. Однако сложившаяся система имеет существенные недостатки - это, в частности, высокая стоимость лечения и ограниченная его доступность для социально незащищенных слоев населения.

В сложившейся ситуации правительство и общественность США вынуждены принимать меры к изменению существующей системы здравоохранения с целью сокращения расходов и обеспечения жителей страны необходимым объемом качественной помощи. Один из возможных вариантов - управляемая помощь, при которой компании-работодатели заключают договоры с больницами и врачами или строят собственные больницы и набирают штаты на условиях фиксированной заработной платы и исполнения конкретных обязанностей. Практикуется также четкое определение круга врачей и больниц для направления страховыми компаниями больных. Есть варианты, сохраняющие право гражданина на выбор врача. Не исключено, что развитие здравоохранения США пойдет по пути внедрения новых технологий, направленных преимущественно на профилактику и раннее выявление заболеваний, или по пути еще большей коммерциализации с уменьшением расходов за счет конкуренции.

Здравоохранение в развивающихся странах. Одной из важнейших задач развивающихся стран является расширение числа лиц, охваченных государственными программами, так как в настоящее время многие работники не имеют доступа к бесплатной помощи. Кроме того, существует значительная разница в доступности бесплатной медицинской помощи для проживающих в городах и в сельских регионах. Медицинская помощь оказывается частными или государственными медицинскими учреждениями; в первом случае она оплачивается пациентами, а затем некоторым из них возмещается часть расходов, во втором - те, кто имеет право, получают бесплатную медицинскую помощь за счет социального страхования или бюджета.

В большинстве развивающихся стран амбулаторная помощь является основой медицинской помощи. В некоторых из них пациенты имеют возможность выбора врача. Больничная помощь малодоступна, так как число больниц ограничено и стоимость лечения довольно высока.

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет взносов и платежей работодателей и работников, в ряде стран государство вносит часть средств из бюджета.

В результате происходящих в здравоохранении разных стран изменений можно увидеть, что постепенно стирается грань между бисмаркской и беве-риджской системами.

Основным направлением развития здравоохранения является ОМС. В последние 10-20 лет оно широко применяется в странах Латинской Америки, Северной Африки, в Юго-Восточной Азии, к нему пришли большинство стран Центральной и Восточной Европы, включая Россию.

Привлекательность ОМС состоит в его принципах общественной солидарности, когда богатые субсидируют бедных, а здоровые* - больных.

Таким образом, опыт развивающихся стран доказывает популярность идеи всеобщего ОМС как системы, обеспечивающей доступную, в основном бесплатную, квалифицированную медицинскую помощь всем гражданам, независимо от уровня их доходов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите страны, медицинское страхование в которых относится к бисмаркской системе здравоохранения.

2. Назовите страны, медицинское страхование в которых относится к бевеидж-ской системе здравоохранения.

ЗАДАНИЕ

Дайте сравнительную оценку (на примере 2 или более стран):

1) бисмаркской и бевеиджской систем здравоохранения;

2) частного медицинского страхования и бисмаркской системы здравоохранения;

3) американской и германской систем здравоохранения;

4) частного медицинского страхования и бевеиджской системы здравоохранения

Представьте полученные данные в виде таблицы по образцу:

3. В чем особенности германской системы здравоохранения?

4. Американская система частного страхования. Укажите 4 основных механизма финансирования.

5. Дайте характеристику систем здравоохранения: бисмаркской, национальной (бевеиджской); в странах с развитой системой частного медицинского страхования; в развивающихся странах.

ГЛАВА 10. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОМС как экономическая категория. Финансирование системы ОМС в Российской Федерации. Финансово-экономические отношения в системе ОМС. Экономические ресурсы и перспективы развития системы ОМС.

Система ОМС, являясь составной частью здравоохранения, позволила перевести здравоохранение на многоканальное финансирование, источниками которого являются:

- бюджетная система с входящими в нее государственным (федеральным, республиканскими, краевыми, областными) и местными бюджетами;
- внебюджетные целевые фонды (в том числе федеральный и территориальные фонды ОМС);
- финансовые средства предприятий, объединений, организаций, учреждений, направляемые в здравоохранение;
- средства ДМС (в том числе личные средства граждан);
- средства, получаемые медицинским учреждением за счет предоставления медицинских услуг на платной основе (личные средства граждан);
- кредиты, ссуды, субсидии, субвенции, дотации, налоговые взаиморасчеты;
- доходы от инвестирования (депозитные вклады, государственные ценные бумаги);
- средства спонсоров - юридических и физических лиц;
- иные источники, не запрещенные законодательством.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» система ОМС обеспечивает населению равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях соответствующих программ ОМС.

В системе ОМС определены 4 носителя юридических прав и обязанностей: гражданин (застрахованный), организация-плательщик (страхователь), страховая медицинская организация (страховщик) и медицинское учреждение в качестве исполнительного звена. Реализацию государственной политики в области ОМС обеспечивают федеральный и территориальные его фонды.

Организации-плательщики (*страхователи*) обеспечивают систему входными финансовыми и информационными ресурсами (информация плательщиков о своих страховых платежах и т.д.). Для неработающего населения такими страхователями являются органы исполнительной власти территории, для работающего населения - предприятия, учреждения, организации и иные хозяйствующие субъекты, а также лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий, зарегистрированные в установленном порядке в регионе.

Страховая медицинская организация (СМО) - юридическое лицо, являющееся самостоятельным хозяйствующим субъектом с любой предусмотренной законодательством РФ формой собственности, обладающее необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующее свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и Положением о страховых медицинских организациях. СМО оплачивают оказанную их застрахованным медицинскую помощь, перечисляя на счета ЛПУ средства за фактически выполненные объемы медицинской помощи по установленным тарифам; они осуществляют ОМС на некоммерческой основе.

ЛПУ сегодня являются основным *исполнительным звеном* системы ОМС по оказанию медицинской помощи застрахованному населению. Медицинскую помощь по программам ОМС оказывают государственные и муниципальные, в том числе и частные медицинские учреждения, имеющие лицензию; они осуществляют свою деятельность как самостоятельно хозяйствующие субъекты на основе договоров с СМО.

Застрахованные по ОМС - лица, в пользу которых заключены договоры ОМС. Они являются конечными пользователями результатов деятельности системы ОМС, созданной и работающей в целях удовлетворения их социальных интересов.

Право застрахованного на бесплатное получение медицинских услуг в объеме программы ОМС подтверждает страховой полис - государственный документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования. Закон РФ о страховании рассматривает полис и как страховое свидетельство. На территории субъекта Федерации действует страховой медицинский полис ОМС единого образца.

Для управления деятельностью системы ОМС в целях обеспечения интересов всех субъектов системы существует территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС), который создан для реализации государственной политики в области ОМС.

ТФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, предназначенным для аккумулирования страховых взносов и платежей, обеспечения финансовой стабильности, всеобщности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Фонд осуществляет финансирование программы ОМС, финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы ОМС, накапливает финансовые резервы для обеспечения устойчивости системы ОМС, совместно с органами Государственной налоговой инспекции территории осуществляет контроль за своевременным и полным поступлением страховых взносов в систему ОМС, а также выполняет другие функции по организации медицинского страхования.

Существенное влияние на деятельность территориальной системы ОМС оказывает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) - государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, которое осуществляет выравнивание условий деятельности ТФОМС по обеспечению финансирования программ ОМС; проводит финансирование целевых программ в рамках ОМС; совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями участвует в разработке базовой программы ОМС; вносит в установленном порядке предложения о страховом тарифе взносов на ОМС; проводит сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС; осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств системы ОМС и т.п.

Взаимоотношения участников территориальной системы ОМС регулируются правилами ОМС, действующими на данной территории и определяющими основные принципы ОМС населения. Эти правила составлены на основе типовых правил ОМС. Кроме этого, субъекты системы ОМС взаимодействуют с другими ТФОМС и СМО, с банками, органами здравоохранения и т.д.

Финансово-экономическое взаимодействие субъектов территориальной системы ОМС осуществляется на договорной основе; необходимым условием является полномасштабное, без исключений, выполнение договорных обязательств.

Договор обязательного медицинского страхования - соглашение между страхователем и страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ОМС.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи {медицинских услуг} является основанием для построения отношений по ОМС между медицинским и страховым учреждениями; он определяет условия покупки медицинских услуг, качество медицинской помощи, взаимные обязательства и ответственность сторон.

В условиях ОМС застрахованные вправе выбирать ЛПУ - производителя медицинских услуг, а СМО - с учетом спроса на медицинскую помощь заключать договора с теми ЛПУ, чья медицинская помощь в большей степени востребована

застрахованными. СМО оплачивает не содержание ЛПУ, а конечный результат его деятельности, т. е. *фактически оказанную* медицинскую помощь надлежащих объема и качества.

Согласно договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС, страховщик поручает, а медицинское учреждение берет на себя обязательство оказывать лечебно-профилактическую помощь (в соответствии с территориальной программой ОМС и разрешенными ему видами деятельности) гражданам, которым выдан страховой полис.

Основная задача СМО - обеспечение финансирования предоставляемых медицинских услуг и защита прав застрахованных на получение в полном объеме качественной медицинской помощи.

СМО, являясь коммерческой структурой, прежде всего стремится получить свой собственный экономический интерес, реализует механизм юридической защиты прав застрахованного (через собственные юридические службы) в случае нанесения ему вреда, развивает методическую и информационную поддержку в системе ОМС.

Интересы СМО не тождественны интересам ЛПУ, с которыми они имеют договора ОМС. СМО материально заинтересованы в эффективном оказании лечебно-профилактической помощи застрахованным, устранении ненужных или избыточных услуг, в которых может быть заинтересовано ЛПУ. В этом плане функция СМО соответствует интересам застрахованных.

ТФОМС обеспечивает системные договорные отношения всей системы ОМС. В соответствии с типовым договором он принимает на себя обязательства по финансированию деятельности страховщика в объеме, обеспечивающем выполнение последним обязательств по заключенным им договорам ОМС граждан, а также предоставляет страховщику преискуранты на медицинские услуги (и дополнения или изменения к ним), входящие в территориальную программу ОМС. Кроме этого ТФОМС заключает договора взаимодействия страхователя и страховщика, определяющие их взаимные обязательства по обеспечению прав на медицинскую помощь (в объеме базовой программы ОМС) граждан, состоящих в трудовых отношениях со страхователем, но проживающих и работающих на территории другого субъекта РФ.

Процесс управления финансовыми ресурсами в системе ОМС затрагивает всех участников системы, интересы которых в целом могут не полностью отвечать интересам всей системы.

Финансирование медицинских учреждений в условиях ОМС с учетом фактически оказанного объема медицинской помощи привело к возникновению реальной конкуренции между ЛПУ, расположенными в одном регионе, как за привлечение пациентов, так и в части методов и качества лечения; появилась необходимость в принятии руководством больниц и поликлиник решений, направленных на максимизацию доходов от лечебной работы и сокращение текущих издержек.

Несмотря на то, что в здравоохранении формируются рыночные механизмы, государственное регулирование экономических отношений должно укрепляться. Рынок медицинских услуг не может быть стихийно саморегулируемым, поскольку нет прямой зависимости между величиной доходов населения и потребностью в медицинской помощи, а также между уровнем государственных расходов на здравоохранение и уровнем здоровья населения. ОМС также требует государственного регулирования, унификации организационных, финансовых и экономических технологий. Одни проблемы при этом вообще аннулируются, другие решаются проще (например, осуществление взаиморасчетов между территориальными фондами за оказанную медицинскую помощь застрахованным). Важными направлениями такой работы являются:

- единый подход к идентификации застрахованного населения;
- единый классификатор медицинских услуг, разработанный на базе действующей системы медицинских классификаций;

- единые медицинские стандарты;
- единая политика ценообразования;
- единые счета на оплату медицинских услуг.

Одним из главных инструментов государственного регулирования финансового механизма в здравоохранении выступают тарифы на медицинские услуги-в этой области перекрещиваются потребности практически всех заинтересованных сторон. Предложения по изменению тарифов в основном исходят от производителей (продавцов) услуг. Их экономический интерес сводится к введению достаточно трудоемких услуг или наибольшему их дроблению, что, естественно, увеличивает стоимость услуги. В снижении трудоемкости услуг и их стоимости заинтересованы покупатели услуг для населения - СМО.

В настоящее время государственные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи не обеспечиваются финансовыми ресурсами, а территориальные программы ОМС финансируются лишь на 40-60%. Вследствие этого ограничиваются возможности развития эффективных договорных отношений между финансирующей стороной и ЛПУ и тем самым нарушается важнейшее условие осуществления реформы здравоохранения - адекватное и своевременное поступление финансовых ресурсов.

Переход на медицинское страхование (ОМС и ДМС) расширил хозяйственную самостоятельность ЛПУ и во многом изменил их зависимость в части финансирования от органов управления здравоохранением. Медицинское учреждение в условиях дефицита финансовых средств заинтересовано в обеспечении наиболее высоких показателей здоровья населения на единицу ресурсов, поэтому оно стремится к строжайшей экономии финансовых средств и целевому их использованию.

ТФОМС как покупатель услуг заинтересован в том, чтобы уровень финансирования ЛПУ заведомо не опускался ниже критической точки. Принятая практика приоритетного финансирования (по кодам экономической классификации расходов 110100 «Оплата труда», 110200 «Начисления на оплату труда», 110310 «Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы», 110320 «Мягкий инвентарь и обмундирование», 110330 «Продукты питания») из средств, получаемых ЛПУ за оказанные услуги, отражает финансовые ресурсы ОМС, направляемые прежде всего на социально значимые статьи, повышает возможности ЛПУ (основного исполнительного механизма в системе ОМС) в оказании лечебно-профилактической помощи как в текущий момент, так и в ближайшем будущем. Именно устойчивое финансирование этих видов расходов во многом определяет возможности застрахованных получать лечебно-профилактическую помощь в ЛПУ, имеющих договора ОМС.

Со стороны ТФОМС оперативное управление финансовыми ресурсами системы ОМС включает:

- учет поступлений (в общем объеме) средств на счет фонда;
- осуществление выплат страховых платежей, целевых дотаций, кредитов, субвенций и прочих перечислений в соответствии с принятыми планами финансирования;
- обеспечение оперативного распределения имеющихся средств между СМО (в рамках временного регламента финансирования, связанного с нестабильностью экономики и финансовой системы страны);
- сбор отчетности об использовании средств страховых платежей в СМО и ЛПУ;
- урегулирование взаиморасчетов с СМО и между СМО;
- составление сводных отчетов об использовании средств;
- принятие мер в случае выявления нарушений по использованию средств, формированию страховых резервов и использованию временно свободных средств СМО;
- составление отчетов об исполнении бюджета по расходам на территориальную программу ОМС и принятие мер при возможном перерасходе.

Построение всей системы ОМС диктуется заинтересованностью ее конечного потребителя в гарантированном получении медицинской помощи. С этой точки зрения,

систему ОМС можно рассматривать как открытую социотехническую систему, организационно-экономическая деятельность которой направлена на преобразование входных финансовых (страховые взносы и платежи плательщиков) и соответствующих информационных потоков в выходной поток оплаченных медицинских услуг, оказанных застрахованным.

Страховой взнос в системе ОМС - это финансовые средства, уплачиваемые страхователями (плательщиками) в соответствии с договором на ОМС. Порядок сбора страховых взносов определяется Правительством РФ и утверждается Государственной Думой. По действующим правилам, плательщики отчисляют в составе единого социального налога 3,6% от фонда заработной платы в качестве страхового взноса ОМС работающего населения.

Финансовые средства ОМС предназначены для финансирования территориальной программы ОМС; формирования нормативных страховых резервов, формируемых для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС; финансирования целевых мероприятий по здравоохранению и развитию системы ОМС.

Финансовые средства ОМС формируются за счет:

- страховых взносов (платежей) предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов на ОМС в размерах, устанавливаемых законом РФ;
- финансовых санкций, применяемых к страхователям;
- финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, ЛПУ и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных исков;
- доходов от размещения временно свободных средств ОМС и нормативного страхового запаса;
- иных поступлений, не запрещенных законодательством РФ.

Данные финансовые средства образуют фонды системы ОМС, которые находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов других фондов и не подлежат изъятию.

Страховой платеж - это денежные средства, перечисляемые ТФОМС на счет ОМС страховым медицинским организациям. В состав страхового платежа включаются: средства на оплату медицинской помощи, средства на ведение дел СМО, погашение дебиторской и кредиторской задолженности за прошлые периоды между участниками территориальной системы-ОМС, субвенции СМО.

На деятельность системы ОМС существенное влияние оказывает уровень социально-экономического развития страны, особенно его изменение. Этому влиянию подвержены и источники финансовых средств системы ОМС, и застрахованные, и сама система ОМС. Для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС при резких изменениях внешней среды предусмотрены нормированный страховой запас ТФОМС и страховые резервы СМО. Территориальный фонд перечисляет в СМО на застрахованных ими граждан страховые платежи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным с учетом пола и возраста, в соответствии с данными территориального регистра застрахованных по ОМС (по реквизитам страховых полисов).

СМО оплачивает ЛПУ (по получении от них счетов-фактур) расходы на предоставленные медицинские услуги застрахованным по программе ОМС. При этом с целью покрытия превышения расходов над специально предназначенными для оплаты медицинских услуг средствами СМО формирует запасной резерв.

Кроме того СМО формирует еще 2 резерва:

1) для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным (как остаток средств, не истраченных в текущем периоде). Средства этого резерва предназначены для оплаты медицинских услуг, оказанных в течение действия договоров страхования;

2) для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости и мер по сокращению затрат на осуществление территориальной программы ОМС при повышении

доступности и улучшении качества медицинских услуг (резерв финансирования предупредительных мероприятий).

Средства системы ОМС для оплаты работ, выполненных ЛПУ, по оказанию медицинской помощи населению, используются целевым назначением и обеспечивают гарантии бесплатной медицинской помощи застрахованным.

ТФОМС заинтересован в финансировании лечебно-профилактической помощи застрахованным только в *необходимом* и *достаточном* объеме; при существующих сложностях финансирования системы ОМС практика нерационального применения услуг (оказание избыточных или не необходимых услуг) недопустима. По оценкам ряда экспертов, в амбулаторно-поликлинических учреждениях до 30-40% услуг выполняется без должного обоснования, а объем выполняемых услуг в стационарах иногда не превышает 20-30%. С точки зрения ТФОМС, как покупателя услуг, такое положение нарушает права и интересы застрахованных.

При постоянном росте дефицита бюджетных средств поступления из этого источника прогрессирующе уменьшаются, что отражается на дальнейшем развитии и укреплении материально-технической базы здравоохранения (приобретении медицинского оборудования, внедрении новых медицинских технологий). Несмотря на многоканальность финансирования медицинских учреждений, в целом средств не хватает. По признанию многих руководителей, фактическое расходование финансовых средств производится не по утвержденному плану, а с учетом насущных нужд ЛПУ (на текущий день).

Увеличение прозрачности финансовой деятельности - важное условие развития системы ОМС. Информация, получаемая из ТФОМС, обо всех источниках финансирования в ЛПУ видов расходов, на которые в первую очередь должны направляться средства ОМС, чрезвычайно важна, так как позволяет объективно оценивать возможности самой системы ОМС (покупателя лечебно-профилактической помощи) и продавца медицинской помощи (ЛПУ).

Основной стратегией развития отрасли в сложившихся условиях является поиск внутренних резервов финансовых ресурсов. Такими резервами могут быть:

- более четкая взаимосвязь, преемственность в работе поликлиники и стационара с целью сокращения диагностического и предоперационного периодов;
- равномерное направление больных в стационар в течение всех дней недели;
- создание специальных стационаров или отделений больниц для госпитализации больных, доставляемых скорой помощью;
- более широкое использование в стационарах консультативной помощи специалистов;
- сокращение сроков обследования в стационаре за счет лучшей организации работы и ликвидации неоправданных повторных исследований, уже проведенных в поликлинике;
- более широкое применение в стационарах комплексного лечения; принятие мер по недопущению случаев несвоевременного и неполного лечения как основного, так и сопутствующих заболеваний;
- устранение причин длительного пребывания в стационаре, не связанного с особенностями течения заболевания и т.д.

Повышение эффективности оказания медицинской помощи в ЛПУ достигается путем интенсификации лечебно-диагностического и реабилитационного процессов, использования этапности в процессе лечения пациента. Так, появились дневные стационары (полустационары) и стационары на дому, позволяющие организовать интенсивное лечение при различных заболеваниях, не требующих обязательной госпитализации. Финансовые затраты при лечении больных в дневных стационарах в 2,2-2,5 раза ниже, чем при круглосуточном пребывании в стационаре.

Основные направления по повышению эффективности финансовых мероприятий СМО:

- разработка четких экономико-организационных стандартов их деятельности в системе ОМС;
- совершенствование системы показателей и критериев оценки организационно-экономического уровня;
- создание системы стимулов к повышению заинтересованности СМО и ЛПУ в оптимизации использования средств ОМС;
- активизация деятельности по финансированию профилактических медицинских мероприятий;
- повышение роли СМО в защите прав застрахованных. Перспективным направлением является предъявление исков по ущербу здоровью застрахованных вследствие воздействия условий труда, экологических причин, неправильного лечения и т.п.

Повышение прозрачности финансового планирования ЛПУ как основного механизма оказания услуг является важным моментом взаимодействия СМО и ЛПУ. Наличие в СМО финансовых планов и материалов о результатах деятельности медицинских учреждений в сочетании с возможностью непосредственно контролировать объемы и качество оказания лечебно-профилактической помощи в различных ЛПУ определяют значительную потенциальную роль СМО в повышении эффективности системы ОМС.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите субъекты экономических отношений в системе ОМС.
2. Что является договорной основой финансовых отношений в системе ОМС?
3. Каковы экономические интересы ЛПУ и СМО в системе ОМС?
4. Назовите возможные пути повышения эффективности взаиморасчетов между территориями за оказанную медицинскую помощь по программам ОМС.
5. Перечислите основные положения тарифной политики в системе ОМС.
6. Укажите функции ТФОМС в системе ОМС.

ТЕСТЫ

Выберите правильный ответ.

1. Виды медицинского страхования:
 - А) обязательное; Б) добровольное;
 - В) смешанное.
2. К какой группе страхования относится ОМС: А) коммерческое; Б) некоммерческое; В) социальное; Г) личное.
3. Охарактеризуйте ОМС:
 - А) всеобщее;
 - Б) индивидуальное;
 - В) коллективное.
4. Охарактеризуйте ДМС:
 - А) всеобщее;
 - Б) индивидуальное;
 - В) коллективное (групповое).
5. Основные источники финансирования при ОМС:
 - А) взносы работодателей;
 - Б) государственный бюджет;
 - В) личные доходы граждан; Г) прибыль предприятий.
6. Между какими сторонами заключается договор медицинского страхования:
 - А) лечебным учреждением и страхователем; Б) СМО и лечебным учреждением;
 - В) СМО и страхователем.
7. Между какими субъектами медицинского страхования заключается договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг):
 - А) страховщик - страхователь;

- Б) страхователь - медицинское учреждение;
В) страховщик - медицинское учреждение.
8. Граждане в системе ОМС имеют право на: А) выбор страхования;
Б) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС;
В) получение медицинской помощи только по месту постоянного жительства; Г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора;
Д) получение медицинских услуг соответствующих по объему (и качеству) величине фактически выплаченного страхового взноса; Е) возвратность части страховых взносов.
9. Страховщик в системе ОМС имеет право:
А) свободного выбора медицинских учреждений для предоставления медицинской помощи;
Б) участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
В) устанавливать размер страховых взносов по ОМС;
Г) принимать участие в разработке и согласовании тарифов на медицинские услуги;
Д) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению (или медицинскому работнику) на возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине;
Е) отказать страхователю в заключении договора по ОМС, соответствующего действующим условиям страхования.
10. Страховщик в системе ОМС обязан:
А) заключать договора с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным;
Б) после заключения договора с гражданином выдать страховой полис;
В) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
Г) осуществлять деятельность по ОМС на коммерческой основе; Д) осуществлять возвратность части страховых взносов;
Е) заключать договора на оказание оздоровительных и социальных услуг застрахованным гражданам из средств ОМС; Ж) защищать интересы застрахованных.
11. Медицинскую помощь в системе ОМС оказывают учреждения:
А) любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке; Б) только государственные ЛПУ, аккредитованные в установленном порядке;
В) только муниципальные и частные учреждения, аккредитованные в установленном порядке.
12. Страховой взнос при ОМС исчисляется:
А) от фонда оплаты труда, начисляемого по всем основаниям; Б) от прибыли предприятия;
В) от балансового дохода предприятия.

РАЗДЕЛ 2. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ГЛАВА 11. ПОТРЕБИТЕЛЬ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ОСНОВНОЙ ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Экономическое значение здоровья работоспособного населения. Понятие социального и экономического эффекта в здравоохранении. Качество и уровень жизни. Производственные факторы и условия труда; их влияние на здоровье. Портрет потребителя медицинских услуг.

Охрана здоровья населения - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого гражданина, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Важнейшим критерием общественного здоровья является уровень заболеваемости населения; этот показатель может привести к нетрудоспособности, падению производительности труда, снижению рождаемости, росту общей и младенческой смертности, инвалидности, преждевременному уходу из жизни, что в свою очередь ведет к экономическим потерям.

Экономическое значение здоровья работоспособного населения можно рассматривать в 3 аспектах: 1) государственном; 2) производственном; 3) семейном. На каждом из этих уровней, несмотря на их взаимозависимость, есть свои экономические показатели и критерии оценки. Наиболее четко это проявляется в связи с трудоспособностью: временная и тем более полная ее утрата в результате заболевания приносит экономический ущерб самому больному, предприятию, на котором работает (или работал) заболевший, обществу, в котором он живет. Однако сумма экономических потерь на каждом из этих уровней может существенно различаться. Ухудшение здоровья населения в трудоспособном возрасте приводит к снижению производства национального продукта, -росту затрат на содержание и лечение временно нетрудоспособных и инвалидов. Снижение уровня здоровья работников непосредственно влияет на экономические показатели предприятия - снижается объем производства, повышается себестоимость продукции, падает рентабельность.

Важно уметь сопоставлять экономические потери от заболеваемости с затратами, необходимыми на предупреждение, профилактику болезней. К экономическим потерям вследствие заболеваемости и травматизма работоспособного населения относятся:

- 1) новая стоимость, недопроизведенная работниками материального производства вследствие неявки на работу по болезни;
- 2) выплата пособий по временной нетрудоспособности;
- 3) стоимость лечения;
- 4) пенсия инвалидам труда и потери, связанные с преждевременным выходом на пенсию по инвалидности работников трудоспособного возраста;
- 5) прочие потери (простой оборудования, снижение производительности труда ослабленного болезнью работника и др.).

Снижение уровня заболеваемости способствует росту национального дохода за счет:

- 1) повышения производительности труда;
- 2) снижения смертности и продления периода активной трудовой жизни;
- 3) снижения потерь рабочего времени;
- 4) снижения уровня инвалидности и экономических потерь от выхода на пенсию до достижения пенсионного возраста.

Таким образом, обобщающим показателем потерь национального дохода из-за заболеваемости работников является стоимость недополученного в результате болезней

национального дохода. При этом, говоря об экономических потерях от заболеваемости, следует помнить о постоянном удорожании для общества медицинских услуг.

Удельный вес потерь предприятия в результате заболеваемости рабочих можно рассчитать, сопоставив показатели недопроизведенной в результате заболеваемости валовой продукции с общим ее объемом, новой стоимостью, полученной прибылью.

Издержки плохого здоровья включают: производственные потери и затраты на улучшение здоровья. Общество заинтересовано в минимизации издержек, связанных с плохим здоровьем, нетрудоспособностью, преждевременной смертностью.

Основная проблема состоит в том, что, с одной стороны, довольно просто определить текущие издержки, а с другой - трудно продемонстрировать будущие выгоды. Выгоды от инвестиций в здравоохранение проявляются в предотвращении будущих издержек, связанных со смертностью и нетрудоспособностью, сокращением производительности и эффективности труда, объема медицинских услуг.

Если не инвестировать средства в здоровье детей, то через 10-15 лет основную массу экономически активного населения будут составлять граждане, в здоровье которых на начальном жизненном этапе не вкладывалось достаточно средств; это поколение будет нездоровым и малочисленным, не сможет эффективно трудиться.

Борьба со старческими недугами дает социальный, но не экономический эффект, в то время как лечение трудоспособного населения сопровождается и социальным, и экономическим эффектом.

Таким образом, оценивая экономический эффект, не следует забывать и о *социальном эффекте здравоохранения*, который характеризует удовлетворение потребности населения в здоровье, зависит от многочисленных социально-экономических факторов и измеряется продолжительностью и качеством жизни, демографическими показателями (рождаемостью, смертностью, естественным приростом населения и т.д.).

Между социальными и экономическими показателями в здравоохранении существует функциональная взаимосвязь. *Социальная эффективность здравоохранения* - это сокращение болезненных состояний, степени тяжести болезни за счет проведения медицинских и социальных мероприятий, обеспечивающих профилактику и лечение болезней, укрепление здоровья и продление активного долголетия. *Экономическая эффективность* (величина экономического эффекта на единицу затрат) выражается в соответствии размеров финансирования и объемов потребления медицинской помощи (количественные показатели, характеризующие медицинскую помощь).

Охрана здоровья - комплексная, многоплановая проблема, ее решение зависит не только от работников здравоохранения и материально-технического состояния ЛПУ; особая роль отводится оздоровительным мероприятиям, связанным с улучшением условий труда и быта - т. е. качеством жизни каждого гражданина.

Качество жизни - социально-экономическая категория, включающая не только уровень потребления материальных благ и услуг, но и удовлетворение духовных потребностей человека, его здоровье, продолжительность жизни, условия окружающей среды, морально-психологический климат, душевный комфорт.

Совокупная величина денежных доходов населения, степень неравномерности их распределения, покупательная способность денежных доходов, объем бесплатных благ и услуг, предоставляемых обществом, составляют *уровень жизни населения*. Связь между уровнем жизни и здоровьем двусторонняя. С одной стороны, уровень жизни во многом определяет состояние здоровья, с другой - здоровье людей определяет уровень жизни.

Население является главным субъектом системы здравоохранения.

Социально-экономический портрет потребителя медицинских услуг предполагает необходимость определения его региональных, демографических, половозрастных, профессиональных, образовательных, психологических, морально-ценностных, культурно-исторических параметров.

При характеристике социально-экономического положения общества главное внимание уделяют уровню доходов населения, состоянию производства.

Производственные условия складываются под воздействием большого числа факторов, разнообразных по происхождению, формам проявления, значению и характеру действия. Улучшение условий труда может снизить заболеваемость с временной потерей трудоспособности от 10 до 50%.

Можно выделить 3 группы факторов, всесторонне воздействующих на человека как главную производительную силу общества и как личность:

1) социально-экономические (нормативно-правовые, экономические, социально-психологические, общественно-политические), которые непосредственно обусловлены совокупностью производственных отношений, а опосредованно - уровнем развития производительных сил;

2) технико-организационные (средства труда, предметы и продукты труда, технологические процессы, организация труда, организация управления), которые непосредственно обусловлены уровнем производительных сил, а опосредованно - производственными отношениями;

3) естественно-природные (географические, биологические, геологические) - специфика их заключается в том, что они не только непосредственно влияют на формирование условий труда, но и создают среду, в которой действуют факторы, относящиеся к двум первым группам.

Все эти факторы находятся в неразрывном единстве и воздействуют на процесс труда (и соответственно, здоровья) одновременно.

В реальной жизни велико разнообразие элементов, составляющих условия труда, однако можно выделить несколько групп:

1-я - санитарно-гигиенические элементы (микроклимат, освещенность, шум, вибрация, состояние воздушной среды, ультразвук, разнообразные излучения, контакт с водой, маслом, токсичными веществами, общая и профессиональная заболеваемость), составляющие внешнюю среду в рабочей зоне;

2-я - психофизиологические элементы (физическая нагрузка, нервно-психическое напряжение, монотонность работы, рабочая поза и т.д.), обусловленные процессом труда;

3-я - социально-психологические элементы, составляющие характеристики так называемого психологического климата трудового процесса, а также некоторые его социальные характеристики;

4-я - эстетические элементы (художественно-конструкторские качества рабочего места, архитектурно-художественные качества интерьера, применение функциональной музыки и т.д.).

Состояние здоровья во многом зависит от уровня культуры личности. Культура, как известно, складывается из многих составляющих и выражается, кроме прочего, в организации правильного режима труда и отдыха, привычках и увлечениях. Однозначно признать наличие прямой зависимости между состоянием здоровья и уровнем образования не позволяет такой факт: уровень образования коррелирует с возрастом, а возраст - решающий фактор, влияющий на состояние здоровья и, следовательно, на затраты, связанные с его поддержанием. Однако соотношение состояния здоровья и уровня образования нельзя рассматривать только через призму возраста. Существенна и такая зависимость: категория населения с высшим образованием более внимательна к своему здоровью, способствует его укреплению и воздерживается от факторов, действующих на него разрушающе. Люди с высшим образованием принадлежат к группе тех, кто наиболее активно поддерживает ОМС и охотнее заключает договоры ДМС.

Наиболее низок уровень самочувствия у людей пенсионного возраста; они являются наиболее активными потребителями медицинских услуг.

Одним из важных факторов неблагоприятного влияния на здоровье человека является антропогенно загрязненный атмосферный воздух. Несмотря на общий спад

объемов промышленного производства, не отмечено адекватного снижения загрязнения атмосферы. Это происходит из-за значительно выросших выбросов от автотранспорта.

Доказано, что рост числа заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения тесно взаимосвязан, например, с качеством питьевой воды; основными причинами распространения туберкулеза в стране являются снижение уровня жизни, ухудшение качества и структуры питания и, как следствие, - ослабление защитных сил организма.

Профилактика заболеваний (включая мониторинг санитарно-эпидемиологических процессов, безотлагательное принятие мер по предотвращению потерь здоровья и т.д.) и ранняя диагностика требуют значительно меньших затрат, чем лечение заболеваний, принявших хроническое течение. Профилактика должна сочетаться с поощрением здорового образа жизни.

По 5-балльной шкале жизненных ценностей потенциальных потребителей медицинских услуг (на основании социологических опросов в ряде крупнейших городов Российской Федерации), на 1-м месте находится семья, на 2-м - работа, затем жилищные условия, только на 4-м месте - здоровье и на 5-м - материальное положение.

Граждане России наибольшее значение традиционно придают институту семьи. Одно из важнейших свойств семьи - взаимная забота ее членов о здоровье друг друга, отдыхе, снятии стрессового состояния. Признание большинством респондентов своих семейных отношений хорошими и даже отличными - свидетельство здоровья общества, а также отлаженной системы организации здравоохранения. Всего в 7% семей отношения характеризовались как плохие или очень плохие. Этот показатель следует рассматривать как минимальный, вместе с тем нужно учитывать, что не все могут открыто обсуждать эту тему с социологом.

Отношение респондентов к работе складывается из нескольких составляющих: отношение к содержанию труда, его условиям, уровню оплаты, социально-психологическому климату в коллективе и т.д. Может показаться, что главный фактор здесь - зарплата. Однако материальное положение удовлетворяет в достаточной степени лишь немногих. Значит, удовлетворение от работы связано с возможностью заниматься любимым делом, творить; немаловажна для нашего населения и возможность быть полноправным членом трудового коллектива, т. е. сохранять свое социальное положение. Работа, даже если она не дает достаточно средств для полноценного существования, все же является гарантом стабильности и уверенности. Все эти качества способствуют душевному равновесию, а значит, тоже укрепляют здоровье общества.

На 3-м месте находятся жилищные условия. Больше всего ими удовлетворены опрошенные из средней и старшей возрастных групп, а крайне недовольных оказалось больше среди молодых. Важно отметить, что в последней группе больше всего было тех, кто оценил свое здоровье как неудовлетворительное.

Хуже обстоит с материальным положением, хотя именно оно имеет морально-психологическую значимость при оценке здоровья общества и человека. В условиях рыночной экономики значительная часть населения имеет доходы на уровне, способном лишь биологически поддерживать жизнь. Много бедных семей среди рабочих, пенсионеров, инженерно-технических работников и служащих, работников бюджетной сферы. Крайне низки доходы в семьях безработных.

Как было отмечено выше, при характеристике социально-экономического положения общества главное внимание уделяют уровню доходов населения, состоянию производства, жилищным и другим вопросам. Однако как бы сложно ни обстояло дело с решением этих вопросов, население главным образом обеспокоено не этим, а состоянием своего здоровья, которое, по их мнению, вызывает серьезные опасения.

Самооценка здоровья у разных групп населения различна. Так, входя в противоречие с медицинской статистикой, мужчины оценивают свое здоровье выше, чем женщины. Чем старше возрастная группа населения, тем самооценка здоровья ниже, а чем выше уровень

образования и социальный статус, тем выше и оценка здоровья. Выявлена также взаимозависимость оценок здоровья: чем лучше здоровье у детей, тем лучше оценивают свое здоровье родители. Для малоимущих слоев населения характерна низкая самооценка своего здоровья.

Самооценка здоровья населением, безусловно, носит субъективный характер и зависит от психологических особенностей индивида, самочувствия, состояния здоровья окружающих, частоты и тяжести перенесенных раньше заболеваний; на оценке сказываются знание результатов медицинского обследования, экологии, а также степень удовлетворенности медицинским обслуживанием. ,

К началу XXI века как хорошее оценивали свое здоровье 21,5% респондентов, как удовлетворительное - 47,5%, неудовлетворительное - 24,5%. По данным социологов, можно констатировать некоторое ухудшение самочувствия населения, поскольку в 90-х годах прошлого века соответствующие цифры составили 21%, 61% и 18%.

Данные самооценки не являются и не могут являться основанием для точных научных выводов о состоянии здоровья населения. Вместе с тем, их значимость не следует преуменьшать, так как именно самочувствие является основанием для обращения за медицинской помощью.

Здоровье респондентов во многом зависит от той деятельности, которой они занимаются. Речь идет даже не о так называемом вредном производстве, а о любой работе. Понятно, что тот или иной вид деятельности может как способствовать укреплению здоровья, так и оказывать на него негативное воздействие. Лучше других свое состояние здоровья оценивают сотрудники коммерческих организаций. Видимо, это связано с возрастом, поскольку большинство коммерсантов и предпринимателей - молодые люди.

В целом 72% взрослого населения и 90% детского нуждаются в медицинской помощи; их можно отнести к реальным потребителям медицинских услуг. Женщины обращаются за медицинской помощью чаще, чем мужчины. Обращаемость населения возрастает прямо пропорционально возрасту (особенно после 50 лет). По сравнению с остальными категориями граждан лица с высшим образованием обращаются за медицинской помощью примерно в 2 раза чаще; горожане посещают учреждения здравоохранения чаще, чем сельское население. По социальному статусу на 1-м месте по частоте и регулярности обращений в ЛПУ находятся пенсионеры, на 2-м - работники бюджетной сферы, на 3-м - инженерно-технические работники и служащие, на 4-м - рабочие, на 5-м - безработные, на 6-м - предприниматели и коммерсанты.

Большинство не удовлетворено уровнем медицинской помощи, а $\frac{1}{3}$ населения (независимо от пола, возраста, образования и рода занятий) она не удовлетворяет полностью.

При ответе на вопрос «что вас больше всего не удовлетворяет?» чаще всего отмечалось недостаточное внимание со стороны медперсонала (в основном так отвечали пенсионеры, реже - предприниматели, коммерсанты и работники бюджетной сферы), на 2-м месте стояла организация приема пациентов, затем - качество медицинского обслуживания, квалификация врачей и, наконец, - работа медицинского учреждения в целом.

Между медицинским обслуживанием и другими социальными услугами много общего - удовлетворяются потребности и интересы населения, но есть и принципиальное различие, заключающееся в существенной разнице этих потребностей и интересов.

Все потребности, как известно, можно разделить на биогенные и социогенные. Медицинское обслуживание удовлетворяет и те, и другие. Однако в отличие, скажем, от торговли, которая также направлена на удовлетворение всего многообразия потребностей человека, но напрямую зависит от его материальных возможностей, здравоохранение обязано удовлетворять потребность человека в поддержании оптимального уровня здоровья независимо от материальных возможностей индивидуума.

В СССР медицинское обслуживание было бесплатным, причем в сознании советского человека прочно утвердилась уверенность в том, что если он заболел, врачи должны его вылечить (вернее, сделать все, чтобы вылечить; ограничения могут быть обусловлены только особенностями патологии).

Рыночные отношения ставят в равные условия всех, в том числе и работников учреждений здравоохранения. Однако здесь неизбежно возникает противоречие: цена услуги на рынке здравоохранения не может складываться по тем же законам, по которым складываются цены на другие социальные услуги. Действительно, приобретая ту или иную вещь, покупатель исходит не только из собственных потребностей, но и сообразуясь со своими финансовыми возможностями. Если бы так обстояло дело и с услугами здравоохранения, то лечение любой более серьезной, чем, скажем, грипп, болезни могло бы оказаться для пациента недоступной роскошью. Поэтому медицинские услуги не могут стоять в одном ряду с другими социальными услугами.

Расходы, связанные с лечением больного, берет на себя либо общество в целом, либо какая-то его часть, например, трудовой коллектив, членом которого является больной. Система медицинского страхования имеет возможность вписаться в рыночные отношения лишь при строгом соблюдении интересов всех взаимодействующих сторон, и в первую очередь медицинского учреждения, предоставляющего соответствующие услуги. Если врач будет заниматься лечением сложных заболеваний, а. получит зарплату, как за лечение банального ОРЗ, то система неизбежно вступит в противоречие сама с собой и вольно или невольно возникнет теневой рынок медицинских услуг, который будет недоступен большинству населения.

Выражение благодарности за оказанную медицинскую услугу в виде подарка доктору было всегда, но сейчас ситуация представляется совершенно иной. Складывающийся рынок нелегальных платных медицинских услуг можно объяснить двумя причинами: низкой заработной платой врача и несоответствием системы оплаты труда медперсонала условиям рыночных отношений. Оплата труда врача по единой тарифной сетке (ЕТС) во многом сохраняет традиции тех

времен, когда все было государственным, в том числе цены на товары и услуги. Теперь же цены зависят от конъюнктуры рынка, спроса на товары и услуги.

Часть населения так или иначе оплачивает медицинские услуги из собственного кармана, в большей мере это относится к предпринимателям, коммерсантам, работникам бюджетной сферы, в меньшей - к пенсионерам и безработным. Говорить в этих условиях о бесплатной медицинской помощи не совсем корректно. Создавшееся положение - результат как несовершенства реформы здравоохранения, так и недостаточного функционирования системы ОМС.

Если качество медицинской помощи в государственных ЛПУ граждан не удовлетворяет, они пытаются решить свои проблемы с помощью платных медицинских учреждений. К платной медицине обращаются и те, у кого здоровье хорошее, и те, у кого здоровье удовлетворительное, и те, у кого оно неудовлетворительное. Больше среди них тех, кто серьезных претензий к своему здоровью не имеет, и это прежде всего молодежь. Меньше других, по финансовым соображениям, к платной медицине обращаются пожилые люди.

Чем же так привлекают платные медицинские учреждения? К их достоинствам респонденты относят качество лечения, внимание со стороны медперсонала, высокую квалификацию врачей и наличие необходимых специалистов, организацию обслуживания, отсутствие очередей, лучшее оборудование.

Для большинства пациентов государственных ЛПУ проблему выбора врача решает регистратура. Даже имея полис ОМС, пациенты попадают к тому врачу, к которому направляет регистратура. Участковое «закрепощение», широко осужденное как один из недостатков существовавшей ранее системы медицинского обслуживания, пополнилось новым видом «закрепощения» - территориальным - нежеланием медицинских учреждений

принимать пациентов, проживающих в других регионах, несмотря на страховой полис. Предоставляя медицинскую помощь больному, постоянно проживающему в другом регионе, ЛПУ получает оплату из местного ТФОМС, а тот в свою очередь несет незапланированные убытки, поскольку оплаты с другой территории может не последовать.

В соответствии с Конституцией РФ (ст. 41): «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов по ОМС, других поступлений». Следовательно, врач (в отличие, скажем, от парикмахера) не является собственником, оказывающим пациенту услуги; он как бы и не услугу оказывает, а выполняет свой долг перед конкретным больным и перед обществом в целом. В настоящее время трудно однозначно сказать, в чем состоит этот долг; прежде всего это связано с менталитетом данного общества, принятыми и одобряемыми большинством нормами и ценностями.

Экономическое развитие страны тесно связано с состоянием индивидуального и общественного здоровья. Вопросы охраны и укрепления общественного здоровья относятся к числу важнейших социально-политических задач государства.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите параметры, влияющие на уровень жизни работающего населения.
2. Что связывает понятия «социальный» и «экономический» эффект здравоохранения и в чем заключается противоречие между ними?
3. Какие параметры позволяют установить социально-экономический портрет потребителя медицинских услуг?
4. В чем отличие медицинского обслуживания от социальных услуг?
5. Каким образом распределяется шкала жизненных ценностей типичного потребителя медицинских услуг?
6. На какое место в шкале жизненных ценностей потребитель медицинских услуг ставит свое здоровье?
7. Какие факторы влияют на самооценку пациентом своего здоровья?
8. Каково отношение пациентов к платным медицинским услугам?

ГЛАВА 12. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Понятие экономики медицинской организации. Экономические ресурсы медицинской организации. Материальные ресурсы. Финансовые ресурсы. Интеллектуальные и трудовые ресурсы.

Область знаний о функционировании учреждения здравоохранения как субъекта экономических отношений, рациональном использовании ограниченных ресурсов с целью охраны и улучшения здоровья населения, а также совокупность экономических процессов, протекающих в медицинском учреждении, составляют *экономику медицинского учреждения*.

Конечные экономические результаты деятельности ЛПУ во многом зависят от его экономического, научно-технического, организационного и кадрового потенциала. Экономический потенциал ЛПУ формируется под воздействием многих факторов - квалификации медицинских работников, спроса на медицинские услуги, организационно-технического уровня материальной базы, мощности медицинского учреждения, динамики основного и оборотного капитала и т.д.

Процесс производства медицинских услуг, как и любой производственный процесс, включает 4 основных элемента:

- труд - совокупность физических навыков и умственных усилий медицинских работников, применяемых при оказании услуг здравоохранения;

- средства труда - все то, что используется при производстве медицинских услуг (медицинское оборудование, аппаратура, условия труда);

- предметы труда - то, из чего складываются услуги здравоохранения (лекарственные средства и изделия медицинского назначения и т.д.)

- продукт труда - конечный продукт, соединяющий предмет труда и труд медицинского работника (медицинская услуга).

Совокупность ресурсов, используемых в финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ, и средства обеспечения производства услуг здравоохранения - это *экономические ресурсы*, которые делятся на материальные, трудовые, интеллектуальные и финансовые.

Материальные ресурсы как базовый фактор всякого производства подразделяются на средства труда, называемые *основными фондами*, и предметы труда, называемые *оборотными фондами*.

Основные фонды участвуют в процессе производства медицинских услуг многократно, сохраняют свою натуральную форму, переносят свою стоимость на услуги здравоохранения по частям. Учет и планирование основных фондов производится в натуральном и денежном измерении.

Денежная оценка основных фондов включает полную балансовую, восстановительную и остаточную стоимость.

Первоначальная стоимость основных фондов - *полная балансовая стоимость* (C_6) рассчитывается по формуле:

где C_c - цена основных средств, C_T - стоимость транспортировки, C_M - стоимость монтажа или строительных работ.

Восстановительная стоимость устанавливается во время переоценки фондов для определения денежного выражения износа медицинского оборудования (C_B).

Остаточная стоимость (C_c) - разность между полной балансовой стоимостью и суммой износа основных фондов (C).

Основные фонды, участвуя в процессе производства длительный период (не менее 1 года) и сохраняя свою натуральную форму, постепенно изнашиваются. Частичная утрата технико-экономических свойств и стоимости основных фондов проявляется в *физическом*

(материальном) износе (I_{ϕ}): где T_{ϕ} и T_n - соответственно фактический и нормативный сроки службы оборудования, указанные в паспорте аппаратуры.

Моральный (экономический) износ оборудования (I_m) - это старение и обесценивание отдельных элементов основных фондов под влиянием технического прогресса. Данный показатель можно рассчитать по формуле:

Денежное выражение физического и морального износа основных средств - это амортизация, процесс, когда часть стоимости постепенно изнашивающихся основных средств включается в стоимость медицинских услуг, оказываемых в ЛПУ.

Размеры амортизационных накоплений в процентах к балансовой стоимости оборудования называются *нормой амортизационных отчислений* (H_a), которая определяется по формуле: где C_n - ликвидационная стоимость оборудования, выручка от его реализации (при необходимости стоимости работ по его демонтажу).

Приведем пример расчета износа, амортизации и остаточной стоимости оборудования. Исходные данные: балансовая (первоначальная) стоимость

В рыночных условиях переоценка основных средств ЛПУ проводится путем корректировки балансовой стоимости лечебно-диагностического оборудования на инфляционный коэффициент. Со временем оборудование может физически устаревать и требовать замены, однако с учетом индексов изменения балансовой стоимости основных средств остаточная стоимость приборов постоянно растет. Чтобы фактическая цена оборудования совпадала с балансовой стоимостью, проводится индексация одних дорогостоящих приборов в сторону увеличения стоимости, других - в сторону ее уменьшения. В этом случае пользуются комбинированным методом оценки: часть средств оценивают с помощью индексов, другую - с помощью прямого счета.

Оборотные средства включают денежные средства на расчетных счетах в банке, в ценных бумагах, в кассе, а также в виде долгов (дебиторская задолженность); запасы сырья и материалов (лекарственные средства и изделия медицинского назначения, продукты питания), топливо, комплектующие изделия, тару, запасные части и т.п. Иными словами, оборотные средства могут быть выражены как в натуральной (материальной), так и в денежной (стоимостной) форме.

Общий расход материальных средств измеряется в натуральных единицах - литрах, граммах, квадратных метрах, штуках и т.д., при этом суммарный расход материалов измеряется в денежных единицах (руб.). Источниками формирования оборотных средств являются: бюджетные поступления, средства ОМС и ДМС, уставный капитал, прибыль, краткосрочные банковские ссуды, привлеченные средства других организаций.

Таблица 7. Расчет потребности в ЛС по подразделениям учреждения здравоохранения. Удельный расход ресурсов (Y_p) - расход лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения (ИМН) на единицу продукции (в среднем или на одну конкретную медицинскую услугу) можно рассчитать по формуле:

$$Y_p = V_{M_p} / n,$$

где V_{M_p} - объем ЛС и ИМН (в граммах, штуках, дозах); n - количество медицинских услуг одного вида или общее их количество за анализируемый период.

Учет потребности медицинского учреждения в ЛС, ИМН можно проводить в табличной форме (табл. 7).

В 4-й графе указывается среднекурсовая доза расхода ЛС, по утвержденному перечню по всем нозологиям, в 5-й - среднее число случаев назначения ЛС за соответствующий квартал. Получаемые в 6-й графе данные - результат умножения показателей в 4-й и 5-й графах.

Если предполагается увеличение объема деятельности данного подразделения медицинского учреждения, необходима соответствующая корректировка потребности в ИМН и ЛС. В целом использование этих материальных ресурсов должно быть экономным и рациональным. Однако формальный переход на дешевые ЛС может дать низкий лечебный эффект, что увеличит длительность пребывания больного в стационаре и

приведет к удорожанию лечебного процесса. Правильно налаженный учет использования ИМН и ЛС и хорошая организация труда медицинского персонала, наоборот, повысят эффективность использования оборотных средств.

ЛС и ИМН относятся к оборотным средствам медицинского учреждения и могут оцениваться как в стоимостном выражении, так и в натуральной форме, т. е. выступают в качестве материалов. Это позволяет рассчитать показатели материалоемкости и материалоотдачи.

Материалоемкость - показатель расхода материальных ресурсов на производство какой-либо продукции, выражается в натуральных единицах расхода сырья, материалов, топлива и энергии, необходимой для изготовления единицы продукции, либо в % к стоимости используемых материальных ресурсов в структуре себестоимости продукции. Диаметрально противоположный к материалоемкости показатель называется *материалоотдачей*. Для медицинских учреждений, оказывающих платные медицинские услуги, материалоемкость (M_e) и материалоотдачу (M_0) можно рассчитать следующим образом:

$$M_e = M / \text{Чистая прибыль}; M_0 = \text{Чистая прибыль} / M,$$

где M - материальные затраты при платной медицинской деятельности; чистая прибыль - прибыль, после уплаты налогов при платной медицинской деятельности.

С точки зрения эффективности использования ЛС и ИМН показатель M_e при прочих равных условиях должен снижаться, а M_0 - расти, однако вывод о степени эффективности использования ЛС можно сделать, если указанные показатели рассматривать в сочетании с другими.

Помимо ЛС важной частью оборотных средств учреждений здравоохранения стационарного типа являются продукты питания. Планирование их расходов осуществляется в определенной последовательности:

- 1) систематизация госпитализированных больных по нозологическим формам заболевания;
- 2) учет количества столов лечебного питания в соответствии с формой заболевания;
- 3) анализ в количественном и денежном выражении продуктов питания, входящих в данный конкретный стол лечебного питания с учетом выхода каждого готового блюда и его стоимости.

Финансовые ресурсы - совокупность денежных средств (как собственных, так и привлеченных), которые находятся в хозяйственном обороте и используются в процессе предпринимательской или хозяйственной деятельности.

Кругооборот основного и оборотного капитала обеспечивают *финансы медицинского учреждения* - совокупность денежных отношений при формировании, использовании и накоплении денежных доходов.

Финансы выполняют две функции:

- распределение финансов происходит путем формирования денежных средств и их использования по целевому назначению (уставный фонд, фонд развития производства, амортизационный фонд, фонд материального поощрения и т.д.);

- контроль финансов позволяет определить, насколько своевременно и полно деньги поступают и насколько эффективно используются.

При анализе финансового состояния ЛПУ учитывают, является оно муниципальным, государственным или относится к негосударственной форме собственности.

Каждое изменение финансового состояния отражается в финансовых (бухгалтерских) документах. Хозяйственные средства медицинского учреждения (предприятия) состоят из активного и пассивного капитала (источники, за счет которых это имущество приобреталось и формировалось). Активный капитал по составу и функциональной роли имущества подразделяется на *основной* и *оборотный*.

Финансовые ресурсы ЛПУ различаются по:

- источникам формирования - внутренние и внешние;

- срокам - долгосрочные (в форме основных средств) и краткосрочные (для текущей деятельности);

-принадлежности - собственные и заемные.

Собственные средства - это сумма денежных ресурсов, которые находятся в хозяйственном обороте и принадлежат ЛПУ. Заемные или привлеченные - это денежные ресурсы, которые временно находятся в распоряжении наряду с собственными средствами, но не принадлежат медицинскому учреждению (кредиты, собственные долговые обязательства). Источники собственных средств: уставный капитал, добавленный капитал, резервный капитал, нераспределенная

прибыль, целевое финансирование. С целью равномерного включения предстоящих расходов в издержки производства или обращения в организациях должны создаваться резервы. ЛПУ может создавать резервы на предстоящую оплату отпусков сотрудникам, выплату ежегодного вознаграждения за выслугу лет, выплату вознаграждения по итогам работы за год, на ремонт основных средств, покрытие иных предвиденных затрат и на другие цели, предусмотренные законодательством РФ.

К основным источникам финансирования медицинского учреждения, как отмечалось выше, относятся: бюджетное финансирование, средства ОМС, поступления за оказанные платные медицинские услуги, доходы от ценных бумаг, кредиты банков, благотворительные средства и т.д.

Для организации любой формы собственности при оценке финансового состояния учитывают соотношение собственных (в том числе и для государственных учреждений, владеющих собственностью на правах оперативного управления) и заемных средств, коэффициент ликвидности активов, ресурсо-отдачу, рентабельность авансируемого и собственного капитала, финансовый цикл и другие показатели.

Ликвидность актива - это его способность превратиться в денежные средства. Ликвидность баланса - это наличие оборотных средств в размере, достаточном для погашения краткосрочных обязательств. Ликвидность баланса определяется с помощью системы показателей.

Данный коэффициент не должен опускаться ниже 0,5. Падение ликвидности означает потенциальную неплатежеспособность в будущем.

Коэффициент покрытия характеризует отношение мобильных оборотных средств организации к краткосрочной задолженности. Этот показатель свидетельствует о платежеспособности организации, оцениваемой при условии не только своевременных расчетов с дебиторами и благоприятной ситуации при реализации товаров (услуг), но и продажи в случае необходимости прочих элементов материальных оборотных средств.

Наличие у организации денежных средств, достаточных для расчетов по кредиторской задолженности, требующей немедленного погашения, - это *& платежеспособность*.

Если этот коэффициент >1 , организация является платежеспособной, так как после уплаты долгов у нее должны остаться оборотные средства в размерах, необходимых для продолжения производственно-хозяйственной деятельности.

Для оценки финансовой устойчивости используются коэффициенты автономии, маневренности и финансовой устойчивости.

Коэффициент автономии характеризует удельный вес собственного капитала в итоговой сумме всех средств, авансированных организации, и определяет, насколько данная организация независима от заемных средств. Чем большими средствами

располагает организация, тем больше у нее возможностей свободно реагировать на меняющуюся конъюнктуру рынка товаров и услуг.

Коэффициент маневренности показывает, какая часть собственных средств находится в мобильной форме, позволяющей относительно свободно маневрировать ими.

Устоявшихся на практике значений этого показателя не существует, хотя считается, что он должен быть в пределах $>0,5$. Например, коэффициент 0,9 означает, что 90% своих собственных средств организация направляет в оборотный капитал.

Финансово-устойчивой является организация, которая за счет собственных средств покрывает средства, вложенные в активы, не допускает неоправданной кредиторской и дебиторской задолженности и расплачивается в срок по своим обязательствам¹.

¹ ~~Дебиторская задолженность — сумма доходов, причитающихся организации от дебиторов (покупателей и заказчиков). Кредиторская задолженность — средства, временно привлеченные организацией и подлежащие возврату соответствующим физическим и юридическим лицам (обычно возникающая с течением времени; например, задолженность по заработной плате или накопленный процент).~~

Трудовые и интеллектуальные ресурсы. Производство материальных благ и услуг является основой жизнедеятельности любого государства. Это процесс всегда общественный, в нем выделяется 3 уровня:

- труд индивидуального человека;
- производство в рамках предприятия, фирмы (микроуровень);
- производство в рамках общества, государства (макроуровень).

Особенности микроуровня: во-первых, это кооперация труда, т. е. объединение нескольких лиц в едином процессе труда; во-вторых, в качестве товаропроизводителя на рынке выступает не отдельный работник, а фирма, предприятие, причем совокупный труд выступает как хозяйствующий субъект.

На микроуровне работник выступает как трудовой фактор. В его труде выделяются 3 момента: сам труд, предмет и средства труда. Если *рабочая сила* - это способность к труду, то сам *труд* - это реальное использование, потребление рабочей силы. Различие этих понятий наглядно демонстрирует пример с безработным: у него есть рабочая сила, но он не имеет возможности трудиться.

Цена труда определяется соотношением спроса со стороны предпринимателя и предложением со стороны наемного работника, носителя рабочей силы. Эти отношения фиксируются в соглашениях и трудовых договорах между предпринимателями и наемными работниками. Внешним выражением этих отношений выступает заработная плата. !

Различают такие понятия, как *неквалифицированный* (простой) и *квалифицированный* труд, требующий специальной профессиональной подготовки, знаний, умений и навыков для выполнения, как правило, сложных работ. Показателями квалификации работников являются тарификационные разряды, категории, классы, звания.

Так, персонал ЛПУ можно квалифицировать по следующим признакам: профессия, специальность, квалификация, должность, звание. Профессиональную пригодность медицинских работников оценивают по соответствию знаний, физических и психических качеств работника.

Набор кадров, как правило, происходит на основе испытаний и собеседований. К испытаниям можно отнести: демонстрацию своих способностей и оценку психологических характеристик (таких, как уровень интеллекта, заинтересованность, энергичность, откровенность, уверенность в себе, эмоциональная устойчивость и внимание к деталям). Об уровне квалификации можно судить по стажу предыдущей работы, зарплате, характере образования, оконченом учебном заведении и т.п.

Эффективное сравнение потенциальных кадров - одна из форм предварительного контроля качества трудовых ресурсов.

Структура кадров ЛПУ характеризуется соотношением численности различных категорий медицинских работников в общей численности персонала. Удельный вес каждой категории (i) медицинских работников (Y_{pi}) (главный врач, заведующий отделением, врачи-терапевты, врачи-специалисты, средний и младший медицинский персонал) в общей численности персонала ЛПУ за отчетный период можно определить по формуле:

$$Y_{pi} = P_i/P,$$

где P_i - среднесписочная численность работников i-категории, P - общая среднесписочная численность персонала ЛПУ.

При разработке должностных инструкций необходимо знать *тарифно-квалификационные характеристики* по должностям работников здравоохранения; это перечень должностных обязанностей и умений, которые должны быть присущи работнику соответствующего разряда. Раздел «Должностные обязанности» тарифно-квалификационных характеристик является основой для разработки должностных инструкций, в которых перечислены конкретные обязанности, права и ответственность медицинского работника.

В здравоохранении повсеместно применяются расчетные показатели - нормативы. *Нормирование труда* - установление меры труда каждого работника и определение максимально допустимого количества времени для выполнения конкретной работы или минимально допустимого количества медицинских услуг, выполненных за единицу времени. В здравоохранении действуют и могут использоваться для анализа и оценки работы персонала следующие единицы нормирования: условные единицы трудоемкости (УЕТ), посещение, услуга, койко-место и т.д.

Например, численность населения на участке (взрослых, детей) определяет норматив организации лечебно-профилактического обслуживания по участкам (количество участковых врачей или врачей общей практики). Штатные нормативы медицинского персонала в различных ЛПУ рассчитываются с учетом потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 населения.

Укомплектованность штатов всех категорий для стационаров может рассчитываться как количество работников (в том числе отдельно врачей, среднего и младшего персонала) на 100 коек; как соотношение врачей и среднего медицинского персонала, квалификационный уровень медицинских работников (число врачей и среднего медицинского персонала, имеющих соответствующие квалификационные категории). Также может рассчитываться коэффициент совместительства (особенно внешнего).

Динамические показатели трудовых ресурсов:

Основных факторов производства на микроуровне (на уровне организации) - 5: земля; капитал (материальные и финансовые ресурсы); труд (работники, непосредственно занятые в производстве); менеджмент (организация производства, труда и управления) и информация.

ЗАДАНИЕ 2

Рассчитайте коэффициенты ликвидности, платежеспособности и финансовой устойчивости конкретной организации здравоохранения. Определите, является ли выбранный вами объект финансово-устойчивой организацией.

Составной частью одного из основных факторов общественного производства - информации, владение которой придает организации или фирме особую роль в условиях рыночной экономики, являются ее интеллектуальные ресурсы. К интеллектуальным ресурсам, используемым в учреждениях здравоохранения, можно отнести изобретения, полезные модели, промышленные образцы, товарные знаки, фирменные наименования,

способы (охраняемые патентами и правом промышленной собственности); научные труды (охраняемые авторскими правами).

ЛПУ - сложный хозяйственный механизм, в нем одновременно могут оказываться сотни медико-диагностических услуг, осуществляться многие лечебно-профилактические мероприятия, имеющие различную экономическую эффективность. Общественная, социально-экономическая эффективность деятельности ЛПУ оценивается не по величине полученной прибыли (от платной деятельности, от ДМС), а по степени социальной защищенности пациента, доступности медицинской помощи. При этом цели и задачи управления ресурсами медицинского учреждения должны быть адаптированы к постоянно меняющимся условиям хозяйствования.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение экономических ресурсов.
2. Перечислите элементы производственного процесса.
3. Какие проблемы исследует такая область хозяйственных знаний, как экономика ЛПУ?
4. Дайте определение финансово-устойчивого предприятия.
5. Что такое основные и оборотные средства применительно к ЛПУ?
6. Как определить стоимость основных фондов ЛПУ?
7. Перечислите показатели трудовых ресурсов.

ЗАДАНИЕ 1

Рассчитайте потребность в ЛС одного из подразделений ЛПУ, используя табл. 7. Определите период (месяц, квартал, год) и внесите в таблицу гипотетические данные. Подведите итоги. Проанализируйте плановую и фактическую потребность в ЛС данного подразделения.

ГЛАВА 13. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Правовые основы оказания платных медицинских услуг в Российской Федерации. Виды платной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационарах. Оплата медицинских услуг. Варианты распределения доходов от платной медицинской деятельности.

Реализация прав граждан на охрану здоровья предполагает разделение перечня видов медицинской помощи и услуг, оплачиваемых из средств соответствующих бюджетов и ОМС, перечня дополнительных медицинских услуг, оказываемых в ЛПУ по ДМС на платной основе, и перечня дорогостоящих видов медицинской помощи, оплачиваемых из средств федерального и регионального бюджета.

К *платным* относятся медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые ЛПУ (организациями) пациенту за счет средств ДМС и иных источников, предусмотренных законодательством.

Медицинские учреждения могут предоставлять населению платные медицинские услуги:

- 1) при наличии сертификата и лицензии на избранный вид деятельности;
- 2) сверх гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи;
- 3) в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Юридические гарантии организационного единства и стабильности территориальной системы здравоохранения обеспечиваются в соответствии со ст. 7 п. 7 Закона РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», предусматривающей компетенцию органов государственной власти субъекта Федерации в вопросах координации деятельности

учреждений (организаций) здравоохранения государственной, муниципальной и частной форм собственности. Таким образом, нормативные документы, позволяющие ЛПУ оказывать, а гражданам получать медицинскую помощь как бесплатно, так и на основе программ ДМС, за счет средств предприятий, учреждений и организаций либо личных средств, разрабатываются и утверждаются в соответствии с действующим законодательством на территории субъекта Федерации.

Органы управления здравоохранения и другие государственные органы и организации в пределах своей компетенции осуществляют контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также за правильностью взимания платы с населения.

Платные медицинские услуги оказываются в рамках договоров с пациентами, организациями, страховыми компаниями в устной или письменной форме. Договор ДМС может заключить как физическое лицо (прямая оплата), так и юридическое лицо (оплата работодателем полиса ДМС). Последний вариант предпочтительнее, поскольку в этом случае сам пациент не платит.

Коллективный договор ДМС заключается руководителем организации для обеспечения социальной защиты (расходов на медицинские услуги) членов коллектива (всех, групп риска, ответственных работников). В этом случае размер страховой суммы уменьшает налогооблагаемую базу налога на прибыль, что достаточно выгодно организации.

В последнее время наблюдается тенденция к постепенному увеличению доли физических лиц, заключающих договора ДМС. Постоянным клиентам, как правило, страховые компании предоставляют различные скидки и надбавки (бонусы) - в частности,

при продлении договора на 2-й год скидки составляют 10%. К числу бесплатных бонусов, используемых в качестве средства привлечения клиентов, страховые компании относят:

- круглосуточное оказание неотложной медицинской помощи для всех застрахованных, выезжающих в другие регионы России, с использованием специалистов собственных сервисных служб;

- получение скидок при оформлении санаторно-курортных и туристических путевок;

- скидка в размере 50% всем застрахованным и их родственникам при оплате лекарств в базовых аптеках;

- скидки на лечение ближайших родственников и т.д.

Устная форма договора предусмотрена в случае немедленного предоставления медицинских услуг в соответствии со ст. 159 ГК РФ. В случае предоставления медицинских услуг, исполнение которых носит пролонгированный (по времени) характер, заключается письменный договор с указанием условий, сроков предоставления медицинских услуг, порядка расчета, прав, обязанностей и ответственности сторон.

Доказательством предоставления платной медицинской услуги служат медицинская карта больного, кассовый чек или бланк строгой отчетности об оплате услуг в соответствии с прейскурантом цен на услуги, предоставляемые на платной основе.

Оплата медицинских услуг может производиться как в банках, так и в самих учреждениях. При этом нужно использовать контрольно-кассовую машину (Положение по применению контрольно-кассовых машин при осуществлении

денежных расчетов с населением в редакции постановления Правительства РФ от 21.11.98 ? 1364) или бланк, являющийся документом строгой отчетности. Потребитель должен иметь либо кассовый чек, либо копию бланка об уплате; 1-й экземпляр бланка является приходным кассовым ордером, 2-й - отчетным документом материально-ответственного лица, 3-й экземпляр передается заказчику (см. Приложение).

Медицинское учреждение несет ответственность перед пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора на платные медицинские услуги. Так, в случае несоблюдения сроков оказания услуги пациент вправе по своему выбору назначить новый срок ее оказания, потребовать уменьшения стоимости услуги или замену специалиста, расторгнуть договор.

«Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденные Постановлением Правительства РФ ? 27 (январь 1996 г.), обязывают учреждения здравоохранения отдельно вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность по основной деятельности и платным медицинским услугам.

Цены на платные медицинские услуги формируются в соответствии с Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономки РФ от 06.12.95 ? СИ-484/7-982. Прейскурант цен на платные медицинские услуги, оказываемые в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, утверждается в порядке, установленном органами государственной власти субъекта Российской Федерации. При утверждении прейскуранта цен могут быть введены фиксированные и предельные значения на определенные виды услуг. В соответствии с Письмом Департамента цен Минэкономки РФ от 03.03.99 ? 7-225 уровень рентабельности при расчете свободных цен не регламентирован.

На основании ГК РФ (ст. 426 п. 2) для всех потребителей устанавливаются одинаковые цены на товары и услуги, за исключением случаев, когда потребители имеют льготы. Это означает, что нельзя устанавливать на одну и ту же услугу разные цены для потребителей с разным достатком. Все потребители равны перед законом, который должен максимально дифференцировать потенциальных пациентов по возможным льготным категориям.

Органы управления здравоохранением региона могут, например, для пенсионеров установить льготы по оплате амбулаторно-поликлинических услуг в размере 50%;

запретить взимание платы за амбулаторно-поликлинические услуги с инвалидов, участников Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним по льготам; подростков, учащихся школ, техникумов, институтов дневной формы обучения; при медицинском освидетельствовании лиц, направленных центрами социального обслуживания и т.п.¹.

Конституционные права граждан России на получение бесплатной медицинской помощи обеспечиваются утвержденной Правительством РФ от 11.09.98 ? 1096 (с изменениями и дополнениями) Программой госгарантий, финансируемой за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений.

~~¹ В г. Москве перечень лиц, имеющих льготы по оплате медицинских услуг в муниципальных учреждениях здравоохранения, утвержден приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 26.07.2000 ? 330.~~

В соответствии с Программой госгарантий бесплатно предоставляются:

- скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

- амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике и диспансерному наблюдению, диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

- стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, отравлениях и травмах, требующих интенсивного лечения, при плановой госпитализации для проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима, при патологии беременности, родах и абортах.

На платной основе могут осуществляться только те виды медицинской помощи, предоставление которых не ущемляет прав застрахованных и которые не предусмотрены Программой госгарантий.

Разграничение видов медицинской бесплатной и платной помощи, оказываемой населению, может осуществляться на основе «Перечня медицинских услуг», определяемых местными органами управления здравоохранения и оказываемых за счет средств организаций любых форм собственности, а также личных средств граждан. Указанный Перечень может включать следующие виды медицинской помощи:

/ В амбулаторно-поликлинических учреждениях.

1. Медицинские осмотры при оформлении справок для получения водительских прав, выездной визы, на право ношения оружия, для посещения бассейна, выезда в дома отдыха, пансионаты и др.

2. Предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, проводимые в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране труда.

3. Профилактические прививки, кроме включенных в Национальный календарь прививок, а также проводимых по эпидемическим показаниям.

4. Зубное протезирование (за исключением лиц, имеющих право на льготы в соответствии с законодательством Российской Федерации).

5. Косметологические услуги (за исключением операций по медицинским показаниям).

6. Диагностика и лечение сексуальных нарушений.

7. Лечение логоневрозов у лиц старше 18 лет.

8. Медицинские услуги, оказываемые по желанию пациента.

9. Услуги центров здоровья.

10. Диагностические исследования, проводимые в других медицинских учреждениях на договорной основе, а также при использовании медицинской техники, закупленной учреждением за счет собственных средств.

11. Транспортировка в стационар пациентов для плановой госпитализации.

12. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации специалистов на дому при отсутствии медицинских (острое или обострение хронических заболеваний, ограничивающих двигательную активность) и социальных (участники и инвалиды Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним по льготам, инвалиды 1 группы, лица преклонного возраста с

ограничением двигательной активности) показаний к госпитализации или амбулаторному посещению пациентов.

13. Медицинское обеспечение спортивных, зрелищных, общественных мероприятий.

14. Диагностика и лечение с использованием средств народной и традиционной медицины (гомеопатия, фитотерапия, диагностика по Фоллю, иридодиагностика).

15. Лечебная физкультура, массаж, водолечение и прочие немедикаментозные методы в качестве общеоздоровительных мероприятий.

16. Консультации по вопросам здорового образа жизни, профилактические и лечебные мероприятия по избавлению от вредных привычек.

// В стационарах.

1. Транспортные услуги при госпитализации и выписке из стационара.

2. Предоставление условий повышенной комфортности.

3. Амбулаторная консультативная и лечебно-диагностическая помощь.

4. Медицинские услуги, предоставляемые по желанию пациента.

5. Искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение.

6. Все виды стоматологической помощи, за исключением обслуживания обратившихся с острой зубной болью.

7. Косметологические услуги (за исключением операций по медицинским показателям).

Платная медицинская деятельность имеет перспективы развития в учреждениях здравоохранения государственного и муниципального сектора при условии, что эти учреждения готовы предложить новые медицинские услуги, новые технологии лечения, а также новую организацию, высокую оплату труда медицинских работников.

Подразделение, занимающееся платной медицинской деятельностью, как правило, обладает хозяйственной самостоятельностью, распоряжается (часто на базе аренды) основными средствами, имеет отдел маркетинга, устанавливает договорные цены с учетом рентабельности, использует гибкую систему оплаты труда и материального поощрения, внедряет инновационные технологии, укомплектовывает штат с учетом объема работы. Налицо - экономическая целесообразность и эффективность использования имеющихся ресурсов.

Возможность самостоятельного использования учреждением здравоохранения денежных средств, полученных от внебюджетной деятельности, регламентирована БК РФ (ст. 161 п. 6) и ГК РФ (ст. 298 п. 2).

Учреждения здравоохранения, находящиеся на бюджетном финансировании, в пределах полученных бюджетных ассигнований самостоятельно определяют виды и размеры надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера в соответствии с принятым «Положением об оплате труда работников здравоохранения». Аналогично можно разработать «Положение об оплате труда при оказании платных медицинских услуг». Такое положение составляется рабочей группой, в которую могут входить руководитель, главный бухгалтер, юристконсульт, представитель профкома. Положение вводится приказом главного врача. В нем должны быть указаны дата подписания, дата вступления в действие, срок действия, источники средств оплаты труда, круг лиц, на которых оно распространяется, система оценки деятельности, система контроля

Схема 4. Экономическое стимулирование в ЛПУ

качества. Неотъемлемой частью положения является методика расчета дополнительного фонда оплаты труда. Последний можно рассчитать как произведение суммы услуг, оказанных за наличный расчет, и процента образования дополнительного фонда заработной платы, определенного, например, как средняя величина согласно калькуляции на услуги учреждения (схема 4).

Может быть также закреплена смешанная форма оплаты труда: $\frac{1}{3}$ оплаты гарантируется, а $\frac{2}{3}$ - надо заработать.

Все это в организационно-правовом отношении обосновывает ту долю фонда оплаты труда, которая как элемент себестоимости платной услуги может быть заложена в цену, а затем стать источником материального стимулирования труда персонала, оказывающего медицинскую помощь на платных условиях.

Средства, полученные от оказания платных медицинских услуг, можно направлять на оплату труда медицинского персонала с начислениями на заработную плату и (или) по усмотрению учреждения - на приобретение мягкого инвентаря, медицинского оборудования, возмещение коммунальных расходов и т.д.

При условии экономии фонда оплаты труда и наличия дохода от платной деятельности экономически обоснованной может быть выдача премий. Формой такого дохода является фонд потребления, формируемый из прибыли, возникающей как разница между выручкой и затратами.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие виды медицинской помощи могут предоставляться на платной основе при амбулаторно-поликлиническом и стационарном лечении?

2. Совместима ли, по вашему мнению, деятельность бюджетного ЛПУ с предоставлением платных медицинских услуг?

3. Каков экономический механизм распределения выручки, получаемой от платной медицинской деятельности?

4. Образование каких денежных фондов предполагает экономическое стимулирование работы ЛПУ?

ЗАДАНИЕ 2

Нарисуйте примерную схему распределения доходов от платной медицинской деятельности.

ЗАДАНИЕ 1

Перечислите нормативные аспекты, разрешающие платную медицинскую деятельность в здравоохранении.

ГЛАВА 14. МЕТОДОЛОГИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕТОДЫ РАСЧЕТА ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Функции цен. Основные группы цен. Цели ценообразования в здравоохранении. Основные положения по определению стоимости медицинских услуг. Расчет стоимости медицинских услуг.

Ценообразование - одна из сложнейших медико-экономических проблем здравоохранения. Цены (тарифы) представляют собой важный элемент финансирования медицинских учреждений на современном этапе, когда к традиционным бюджетным источникам добавляются средства ОМС и ДМС, личные средства граждан при оказании платной медицинской помощи.

Вместе с тем цена - это основная категория рынка, конечный оценочный показатель, характеризующий товар. Именно в цене на товар получают отражение потребность в нем, запрос и целесообразность обмена.

Цена, формируясь в определенной системе и условиях, должна учитывать все факторы, прямо или косвенно влияющих на нее.

Цена является денежным выражением стоимости товара (услуги), определяется количеством общественно необходимого труда, затраченного на производство, и состоит из себестоимости и прибыли.

Функции цен:

1. Функция учета и измерения затрат общественного труда.
2. Функция сбалансированности спроса и предложения.
3. Стимулирующая функция.
4. Функция распределения и перераспределения.

Функция учета и измерения затрат общественного труда определяется сущностью цены как денежного выражения стоимости. Цена выступает в качестве экономического инструмента, который позволяет организовать стоимостной учет различных хозяйственных процессов: выявить сколько затрачено труда, сырья, материалов, комплектующих изделий на производство и реализацию товаров (услуг).

Функция сбалансированности спроса и предложения. Именно через цены осуществляется связь производства и потребления, предложения и спроса, выявляется наличие или отсутствие необходимых пропорций в производстве и обращении. При появлении диспропорций равновесие может быть достигнуто изменением объема производства или изменением цены, а также одновременным изменением того и другого.

Стимулирующая функция характеризуется воздействием цены на производство и потребление разных товаров (услуг). Цена стимулирует производителя через уровень заключенной в ней прибыли. В результате цены способствуют или препятствуют росту выпуска и потребления товаров (услуг).

Посредством цен можно стимулировать внедрение новых технологий, обеспечивать экономию затрат, улучшать качество, изменять структуру производства и потребления. Стимулирование обеспечивается изменением уровня прибыли в цене, надбавками, скидками с цены.

Функция распределения и перераспределения связана с отклонением цены от стоимости в рамках действия рыночных факторов или государственного регулирования. С помощью цены перераспределяется создаваемая стоимость между производителем и потребителем, между отдельными слоями общества.

Методология и практика ценообразования в здравоохранении ориентирована на социальную значимость большинства видов медицинской помощи и ограниченный объем средств, которые могут выделить государство и основная часть населения на оплату медицинского обслуживания. Вместе с тем цены на медицинские услуги должны адекватно возмещать расходы медицинских учреждений по их оказанию, так как только в

этом случае будет обеспечено полноценное функционирование здравоохранения как отрасли, поддержание и развитие достигнутых объема и качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время на российском рынке медицинских услуг существуют 4 основные группы цен.

1. *Бюджетные расценки* - расчетная стоимость медицинских учреждений, полностью определяемая по смете расходов учреждений в соответствии со статьями бюджетной классификации по принципу «от общего к частному». Смета расходов учреждения при этом рассматривается как совокупная цена годовых (квартальных) работ учреждения в целом. Бюджетные расценки не разделяются на себестоимость и прибыль и могут применяться для финансирования целевых бюджетных программ медицинской помощи.

2. *Государственные цены* на платные медицинские услуги населению включают фактические затраты медицинского учреждения на основе бюджетных норм и нормативов (отраслевых или учрежденческих) трудовых и материальных ресурсов и прибыли, процент которой устанавливается вышестоящей организацией. Все затраты, произведенные за счет бюджетных и других государственных средств на приобретение материалов, инструментов, оборудования, продуктов питания и т.п., а также использованные на оказание платных услуг, должны быть восстановлены из выручки от продажи платных услуг (в смете по государственному финансированию). В настоящее время платные услуги населению в зависимости от решения субъекта Федерации или местной исполнительной власти продаются как по прейскурантам учреждений (индивидуальные цены), так и по территориальным прейскурантам (единые цены с возможной дифференциацией по типам учреждений).

3. *Договорные цены* на медицинские, медико-социальные услуги и услуги медицинского сервиса устанавливаются по договорам с предприятиями и организациями, а также по договорам ДМС. Эти цены наиболее свободны по формированию и утверждению. Они в наибольшей степени сориентированы на рыночную ситуацию, им присуща тенденция движения к ценам равновесия спроса и предложения. Договорные цены включают полные затраты на медицинские и сопутствующие работы по себестоимости, а также прибыль в размере, соответствующем интересам сторон договора. Включение в себестоимость полного набора затрат, а не ограниченного, как в бюджетных и государственных ценах, позволяет учитывать сложность, новизну применяемых методик лечения и диагностики, умственные и физические усилия персонала, срочность обслуживания и другие факторы медицинских рисков.

4. *Тарифы на медицинские услуги* по ОМС отражают денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских учреждений по выполнению территориальной программы ОМС и состав этих расходов, причем себестоимость и прибыль в структуре затрат не выделяются (как и в бюджетных расценках) и являются предметом государственного регулирования и контроля.

Тарифы как регулируемые цены устанавливаются через механизм заключения тарифного соглашения на территории каждого субъекта РФ в соответствии с законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Тарифное соглашение заключается органами исполнительной власти субъектов РФ, территориальными фондами ОМС, ассоциациями страховых и медицинских организаций.

ОМС является частью государственного социального страхования граждан Российской Федерации. В связи с этим предоставление медицинских услуг и их оплату из средств ОМС необходимо рассматривать как сочетание рыночных и социальных отношений в обществе с целью обеспечения современного уровня оказания медицинской помощи и общественно необходимого уровня возмещения затрат на ее оказание.

Методика формирования цены медицинской услуги во многом определяет финансовую устойчивость лечебного учреждения; структура цены зависит от поставленной цели.

Цели ценообразования в здравоохранении:

- обеспечение выживаемости ЛПУ;
- получение планируемых доходов;
- завоевание большей доли рынка по количеству и качеству услуг.

Наиболее адекватным подходом к ценообразованию на медицинские услуги является метод «издержки плюс прибыль». В основе метода - подсчет фактических затрат (издержек), используемых в ходе производства услуг заданной эффективности, т. е. себестоимости, и учет необходимой для воспроизводства рентабельности медицинских учреждений.

Расчет стоимости медицинских услуг приведен в соответствии с «Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг (временной)», утвержденной МЗ РФ от 10.11.99 ?01-23/4-10 и РАМН от 10.11.99 ?01-02/41.

Объектом расчета стоимости является медицинская помощь, которая может быть представлена перечнем простых медицинских услуг (отдельные исследования, манипуляции, процедуры, оперативные вмешательства), сложных

(койко-дни в профильных отделениях стационаров) или комплексных медицинских услуг по законченным случаям поликлинического и стационарного лечения (медико-экономические стандарты).

В стоимость медицинской услуги бюджетного учреждения включаются затраты в соответствии с экономической классификацией расходов бюджетов Российской Федерации: 110100 (оплата труда), 110200 (начисления на оплату труда), 110320 (медицинские расходы), 110340 (продукты питания), 110310 (канцелярские принадлежности, материалы и предметы для текущих хозяйственных целей), 110400 (командировки и служебные разъезды), 110500 (оплата транспортных услуг), 110600 (оплата услуг связи), 110700 (оплата коммунальных услуг), 111000 (прочие текущие расходы), 130300 (трансферты населению), а также износ мягкого инвентаря и основных фондов, определяемый в соответствии с действующими нормативами.

Основные положения по определению стоимости медицинских услуг бюджетных учреждений

Расчет стоимости услуг следует производить на основе фактических расходов учреждения (без расходов будущего периода) независимо от источника финансирования с учетом кредиторской задолженности и с корректировкой их на индексы цен или в соответствии с курсом рубля по отношению к свободно конвертируемой валюте. Это позволяет обеспечить ресурсами лечебно-диагностический процесс в соответствии со сложившимися технологическими схемами и уровнем общественно необходимых затрат.

Для расчета стоимости медицинской услуги структурные подразделения медицинского учреждения делятся на основные и вспомогательные, оказываемые услуги - на простые, сложные и комплексные, а расходы учреждения - на прямые и косвенные.

К основным подразделениям медицинского учреждения относятся профильные отделения стационаров, отделения (кабинеты) поликлиник, диагностических центров, параклинические отделения, в которых пациенту обеспечивается оказание медицинских услуг.

К вспомогательным подразделениям относятся общеучрежденческие службы, обеспечивающие деятельность лечебно-диагностических подразделений (администрация, отдел кадров, бухгалтерия, кабинет медицинской статистики, регистратура, аптека, стерилизационная, хозяйственные службы и пр.).

К прямым расходам относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания:

- оплата труда основного персонала;

- начисления на оплату труда основного персонала;
- материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги полностью (медикаменты, перевязочные средства, продукты питания, одноразовые медицинские принадлежности и др.);
- износ мягкого инвентаря в основных подразделениях;
- износ медицинского и прочего оборудования, используемого непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

К косвенным расходам относятся виды затрат, необходимые для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;
- хозяйственные затраты (на материалы и предметы для текущих хозяйственных целей, на канцелярские товары, инвентарь и оплату услуг, включая затраты на текущий ремонт и т.д.);
- затраты на командировки и служебные разъезды;
- износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях;
- амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
- прочие затраты.

Перечисленные косвенные затраты относят на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты.

При расчете затрат на 1 койко-день учитывается плановое функционирование койки на предстоящий период (по числу плановых койко-дней с учетом планового закрытия коек на ремонт, санобработку и т.д.). Услуги, оказываемые пациенту в профильном отделении стационара (осмотр больного лечащим врачом, медицинские услуги процедурного и перевязочного кабинетов), не относятся к простым, а включаются в койко-дни.

Расчет стоимости медицинских услуг бюджетных учреждений

Под простой медицинской услугой в соответствии с основными положениями по стандартизации в здравоохранении понимается неделимая медицинская услуга, имеющая законченное, самостоятельное лечебное или диагностическое значение. К простым отнесены услуги параклиники, оперативные вмешательства, а также посещения врача¹.

Расчет стоимости простой медицинской услуги (С) осуществляется по формуле:

где $C_{п}$ - прямые расходы; $C_{к}$ - косвенные расходы; $Z_{т}$ - расходы на оплату труда; $НЛ$ - начисления на оплату труда; $М$ - расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр.; $И$ - износ мягкого инвентаря; $О$ - износ оборудования; $П$ - прочие расходы.

Расчет расходов на оплату труда

Для определения $Z_{т}$ - одной из основных составляющих затрат на медицинскую услугу, необходимы следующие показатели. Для простых услуг:

- затраты рабочего времени медицинского персонала на выполнение каждой медицинской услуги;

¹ До разработки нормативов трудозатрат на каждую простую услугу, входящую в классификатор, расчеты затрат на услугу «посещение врача» осуществляются по действующим нормативам трудозатрат как на простую услугу.

- годовой бюджет рабочего времени по каждой категории медицинского персонала;
- коэффициент использования рабочего времени медицинского персонала на осуществление лечебно-диагностической деятельности.

Для сложных услуг:

- число плановых койко-дней за год в отделениях стационара¹.

Для определения расходов на оплату труда отдельно рассчитывается основная и дополнительная заработная плата основного и общеучрежденческого персонала. К основному персоналу ЛПУ относится врачебный и средний медицинский персонал, непосредственно оказывающий медицинские услуги, к общеучрежденческому - сотрудники вспомогательных подразделений, заведующие отделениями, старшие медицинские сестры, младший медицинский персонал, медицинские регистраторы.

Под основной заработной платой ($Z_{т\text{ жи}}$) понимается заработная плата, установленная в соответствии со штатными должностями учреждения, начисленная согласно нормативным актам Минздрава России, а также заработная плата научного персонала в части выполнения работы в профильных и лечебно-диагностических подразделениях (лечебно-диагностическая, клиническая надбавка). Заработная плата персонала научных подразделений при расчете стоимости не учитывается.

Под дополнительной заработной платой ($Z_{д}$) понимаются выплаты компенсационного характера:

- за работу в ночное время;
- за работу в праздничные и выходные дни;
- оплата очередных ежегодных и дополнительных отпусков (компенсаций за неиспользованный отпуск);
- оплата льготных часов подростков;
- доплата за работу с интернами;
- оплата времени прохождения обязательных медицинских осмотров;
- компенсация женщинам, находящимся в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком;
- оплата времени выполнения государственных обязанностей;
- выходные пособия;
- оплата приглашенных консультантов;
- оплата отпусков молодым специалистам перед началом работы;
- оплата времени учебы с отрывом от производства в системе повышения квалификации и переподготовки кадров.

В расчетах не учитываются:

- премии и материальная помощь работникам, выплачиваемые за счет средств специального назначения и целевых поступлений;
- оплата дополнительно предоставляемых (сверх предусмотренных законодательством) отпусков работникам.

¹ При планировании числа койко-дней для сопоставления рекомендуется пользоваться приложением 1 к «Методическим рекомендациям по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», М., 1998.

Дополнительная заработная плата включается в затраты через коэффициент ($K_{д}$) и исчисляется по отношению к основной заработной плате всего персонала:

Коэффициент дополнительной заработной платы определяется на основании расчетов, проведенных учреждением для подготовки сметы.

В настоящее время дополнительная заработная плата в зависимости от профиля учреждения колеблется для амбулаторно-поликлинических учреждений в пределах 8-10%, для стационаров - 25-30% от основной заработной платы.

Фонд оплаты труда основного персонала ($Z_{т\text{ осн}}$) представляет собой сумму расходов на оплату труда врачебного ($Z_{т\text{ вр}}$) и среднего ($Z_{т\text{ ср}}$) медицинского персонала. В общем виде фонд оплаты труда основного персонала равен:

Расчет расходов на оплату труда по конкретной медицинской услуге ($Z_{\text{тис}}$) проводится отдельно по каждой категории персонала на основании средней заработной платы сотрудников по подразделению в соответствии с тарификационными списками и установленными нормативами трудозатрат на выполнение этих услуг.

где $Z_{\text{твр}}$, $Z_{\text{тср}}$ - фонд оплаты труда соответствующей категории персонала за расчетный период; $\Phi_{\text{рвр}}$, $\Phi_{\text{рср}}$ - фонд рабочего времени соответствующей категории персонала, исчисленный в условных единицах трудоемкости (УЕТ) за расчетный период; $K_{\text{испвр}}$, $K_{\text{испср}}$ - нормативный коэффициент использования рабочего времени соответствующей категории непосредственно на проведение лечебно-диагностической работы, исследований, процедур; $t_{\text{вр}}$, $t_{\text{ср}}$ - время оказания медицинской услуги соответствующей категорией персонала, в УЕТ. Трудоемкость измеряется затратами времени на оказание медицинской услуги; в целях упрощения расчетов целесообразно измерять трудоемкость в УЕТ, приняв время, равное 10 мин, за 1 УЕТ. В общем виде $K_{\text{исп}}$ определяется по формуле:

где $\Phi_{\text{испвр}}$ - фонд использования времени на непосредственное проведение лечебно-диагностической работы. Коэффициенты использования рабочего времени приведены в табл. 8 (если специальность врача не указана в таблице, коэффициент использования его рабочего времени принимается равным коэффициенту, рассчитанному для врача амбулаторного приема, отделения стационара; для медицинских сестер, работающих с врачами, используется коэффициент, рассчитанный для врачей соответствующей специальности); $\Phi_{\text{рвр}}$ - установленный фонд рабочего времени медицинского персонала в соответствии

Таблица 8. Коэффициенты использования рабочего времени'

* Таблица рассчитана в соответствии с «Методическими рекомендациями по расчету тарифа на случай амбулаторно-поликлинического обслуживания в системе обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом ФФОМС от 12.10.95 ?72.

с указаниями Министерства труда и социального развития России на соответствующий расчетный период.

Итого расходы на оплату труда по конкретной медицинской услуге ($Z_{\text{тис}}$) составляют:

где K - коэффициент заработной платы общеучрежденческого персонала; $K_{\text{д}}$ - коэффициент дополнительной заработной платы. *Расчет начислений на заработную плату*

Начисления на заработную плату (H_3) устанавливаются законодательством Российской Федерации в процентах от фонда оплаты труда. В настоящее время максимальный размер начислений равен 38,5% от оплаты труда:

Расчет затрат на медикаменты и перевязочные средства Расходы на медикаменты и перевязочные средства (M) включают виды затрат, учитываемых по статье «Медицинские расходы» экономической классификации расходов бюджета (код 110320). Это медикаменты, перевязочные средства, химические реактивы, одноразовые принадлежности, приобретение минеральных вод, сывороток, вакцин, витаминов, дезинфекционных средств и т.п., пленок для рентгеновских снимков, материалов для производства анализов в объеме и номенклатуре, обеспечивающих качественное оказание медицинской услуги, а также расходы по оплате стоимости анализов, проводимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории); оплату доноров, включая питание, приобретение крови для переливания.

Расчеты по учреждению в целом производятся на основании данных отчетной формы ? 2 «Отчет об использовании сметы расходов бюджетной организации» по

фактическим расходам за период, предшествующий расчетному, субсчет 062 - «Медикаменты и перевязочные средства».

Расчеты по подразделениям учреждения производятся по копиям аптечных требований. Однако в случаях, когда учреждение в течение предшествующего периода функционировало в условиях финансового дефицита, при использовании в расчетах данных о фактических расходах закрепляется тенденция недостаточного финансирования и, следовательно, недостаточного ресурсного покрытия производимых услуг.

Для ликвидации этого недостатка, в целях полного ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса, целесообразно в расчет по данной статье расходов включить технологически необходимые затраты на основании протоколов ведения пациентов, медико-экономических стандартов, нормативных документов: приказов Минздрава СССР от 30.08.91 ? 245 «О нормативах потребления этилового спирта медицинскими учреждениями, порядке прописывания, отпуска этилового спирта в ЛПУ и аптеках», от 12.06.84 ? 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению», приложения 36 к постановлению ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 20.06.88 ? 764 «Расчетные нормы расхода на приобретение медикаментов и перевязочных средств в стационарах, бюджетных санаториях и амбулаторно-поликлинических учреждениях на одного больного в день», инструкций по применению лекарственных препаратов и реактивов. В последующем периоде расчеты производятся на основании фактических расходов по перечисленным выше учетно-отчетным формам. Данные для расчетов необходимо скорректировать в соответствии с индексом изменения цен или с курсом рубля по отношению к свободно конвертируемой валюте.

В общем виде затраты на медикаменты могут быть определены по формуле:

где $Z_{ц}$ и - число должностей врачей и среднего персонала отделения соответственно; $\Phi_{рвр}$ и $\Phi_{рсп}$ - годовой фонд рабочего времени соответствующей категории персонала, в УЕТ; t^{\wedge} , $t_{сп}$ - время оказания медицинской услуги (трудоемкость) соответствующей категорией персонала, в УЕТ; K^{\wedge} и $K_{исп\ сп}$ - нормативный коэффициент использования рабочего времени должностей медицинского персонала непосредственно на проведение лечебно-диагностической работы, исследований, процедур; M - затраты на медикаменты. *Расчет расходов на мягкий инвентарь*

Расчет расходов на мягкий инвентарь (И) производится по его износу (фактическому списанию по акту) независимо от способа перенесения стоимости, принятого в соответствии с учетной политикой ЛПУ (приказ Минфина России от 15.06.98 ? 25-н).

В общем виде затраты могут быть определены по формуле:

где $Z_{вр}$ и $S_{сп}$ - число должностей врачей и среднего персонала отделения соответственно; $\Phi_{рлр}$ и $\Phi_{р\ сп}$ - годовой фонд рабочего времени соответствующей категории персонала, в УЕТ; t^{\wedge} , $t_{сп}$ - время оказания медицинской услуги (трудоемкость) соответствующей категорией персонала, в УЕТ; $K_{сп-вр}$ и $K^{\wedge}_{сп\ сп}$ - нормативный коэффициент использования рабочего времени по должностям медицинского персонала непосредственно на проведение лечебно-диагностической работы, исследований, процедур; I_c - износ мягкого инвентаря (по списанию).

Данный порядок расчета стоимости медицинских услуг по 5 статьям бюджетной классификации в настоящее время применяется для расчета тарифов на медицинские услуги в системе ОМС. Эти тарифы представляют собой отдельную группу ценовых показателей в денежном выражении, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения за счет средств обязательного медицинского страхования.

Состав расходов, включаемых в расчет тарифов, ограничен затратами на заработную плату работников с начислениями, расходами на приобретение медикаментов, перевязочных средств и мягкого инвентаря (страховая себестоимость услуги).

Таким образом, тариф на медицинскую услугу устанавливается ниже себестоимости из-за ограниченности государственных средств, направляемых на ОМС.

Для определения полной стоимости медицинской услуги необходимо произвести расчет по остальным статьям бюджетной классификации.

Расчет износа оборудования

Износ оборудования, числящегося в составе основных средств, в расчете на медицинскую услугу учитывается пропорционально времени оказания услуги. Сумма годового износа каждого вида оборудования исчисляется исходя из балансовой стоимости основных средств (B_0), которую можно определить по «Инвентарной карточке учета основных средств» (форма ? ОС-6) и установленной норме износа (N_i), определяемой в соответствии с «Годовыми нормами износа медицинского оборудования учреждений и организаций, состоящих на государственном бюджете СССР», утвержденными Минздравом СССР от 23.06.88 ?03-14/19-14. Для учета ускоренного износа оборудования необходимо руководствоваться постановлением Правительства РФ от 19.08.94 ? 967 (в редакции от 24.06.98).

Сумма годового износа оборудования определяется по формуле: где S_j - количество должностей персонала, оказывающего услугу с использованием данного оборудования; O_{pi} и K_{cni} - соответственно годовой фонд рабочего времени и коэффициент использования рабочего времени персонала; t_j - время оказания медицинской услуги; S_{oy} - износ медицинского оборудования, используемого при оказании конкретной медицинской услуги.

В общем виде износ всего оборудования ($\wedge S_{oy}$), приходящийся на услугу, определяется по формуле: где i - все виды оборудования, используемого в отделении; S^i и S_{cp} - соответственно число должностей врачей и среднего персонала отделения; $\Phi_{p\text{ вр}}$ и Φ - годовой фонд рабочего времени соответствующей категории персонала, УЕТ; $t_{вр}$ и t_{cp} - время оказания медицинской услуги (трудоемкость) соответствующей категорией персонала, УЕТ; $K_{исп\text{ вр}}$ и $K_{исп.\text{ ср}}$ - нормативный коэффициент использования рабочего времени должностей медицинского персонала непосредственно на проведение лечебно-диагностической работы, исследований, процедур. *Расчет косвенных расходов*

Косвенные расходы (C_k) - это расходы учреждения на осуществление хозяйственной деятельности, управление, оказание услуг, которые не могут быть прямо отнесены на их стоимость.

Заработная плата общеучрежденческого персонала (Z_y) учитывается при расчете затрат на медицинскую услугу через коэффициент заработной платы общеучрежденческого персонала (K_u) к основной заработной плате основного персонала ($Z_{т\text{ осн.}}$):

Начисления на заработную плату общеучрежденческого персонала (H_{zy}) рассчитываются аналогично начислениям на оплату труда основного персонала:

Прочие косвенные расходы (коды 110310, 110350, 110360, 110370, 110400, 110500, 110600, 110700, 111000, 130300) могут быть рассчитаны, исходя из фактических затрат за прошлый период на основании формы 2 «Отчет об исполнении сметы расходов бюджетной организации» (графа 8 строки 230, 240, 250, 260, 300, 360, 400, 470, 580). В связи с тем, что расходы по указанным выше кодам статей недостаточно финансируются из бюджета, целесообразно включить в фактические расходы данные формы 4 «Отчет об исполнении сметы по внебюджетным средствам» (графа 5 строки 100 - «Командировки и служебные разъезды», 110 - «Оплата транспортных услуг», 120 - «Оплата услуг связи», 130 - «Оплата коммунальных услуг»).

В стоимость медицинской услуги косвенные расходы включаются пропорционально прямым расходам (C_p), приходящимся на услугу.

Для учета косвенных расходов в стоимости конкретной услуги рассчитывают их коэффициент ($1C\sim$):

где $C_{иу}$, - косвенные расходы, учитываемые в стоимости конкретной медицинской услуги.

Стоимость конкретной медицинской услуги рассчитывается путем суммирования результатов по каждому виду затрат:

Расчет затрат на койко-день

Такая медицинская услуга, как койко-день, включает в себя, согласно классификатору «Простые медицинские услуги» сумму ряда простых услуг (сбор анамнеза, перкуссия, аускультация и т.д.), а потому отнесена к сложной услуге. Услуги параклинических отделений (кабинетов) в расчет стоимости койко-дня не включаются.

Расчет затрат на койко-день (C) осуществляется по формуле:

где Z_t - расходы на оплату труда; H_3 - начисления на заработную плату; M - расходы на медикаменты и перевязочные средства; Π - питание; I - износ мягкого инвентаря; O - износ оборудования; C_k - косвенные расходы.

Расчет затрат на оплату труда по койко-дню ($Z_{тк/д}$) проводится отдельно по каждой категории персонала подразделения или несколькими однопрофильным отделениям, по штатным должностям на основании тарификационных списков сотрудников.

Коэффициент использования рабочего времени при определении затрат на оплату труда в расчете на 1 койко-день равен 1,0:

где Z_0 проф - основная заработная плата основного персонала отделения за расчетный период; K_u - коэффициент заработной платы общеучрежденческого персонала; K_d - коэффициент дополнительной заработной платы; - плановое число койко-дней за расчетный период.

При отсутствии утвержденного показателя «число дней функционирования койки в год» расчет производится в соответствии с «Методическими рекомендациями по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационарных ЛПУ» (Минздрав СССР от 08.04.74 ?02-14/19). При проведении расчетов целесообразно полученные данные сопоставить с приложением 1 Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Начисления на оплату труда устанавливаются законодательством Российской Федерации в процентах от фонда оплаты труда. В настоящее время максимальный размер отчислений равен 38,5%:

Затраты на медикаменты в стоимость койко-дня профильного отделения не включаются, а рассчитываются прямым способом по каждому медико-экономическому стандарту. Общие затраты определяются как сумма затрат профильного отделения на законченный случай лечения и затрат на медикаменты по всем простым услугам, включенным в медико-экономические стандарты.

В стоимости койко-дня затраты на медикаменты определяются по формуле:

где M - плановые затраты отделения на медикаменты за расчетный период; - плановое количество койко-дней по отделению за тот же период.

Затраты на питание больных в профильных отделениях стационаров относятся на койко-день по установленным нормам на основе суточных продуктовых наборов по профилям коек в соответствии с приказами Минздрава СССР от 14.06.89 ? 369 по взрослым стационарам и от 10.03.86 ? 333 по детским стационарам и родильным домам.

Расходы на спецпитание медицинского персонала, работающего во вредных условиях, определенных «Перечнем химических веществ, при работе с которыми в профилактических целях рекомендуется употребление молока или других равноценных пищевых продуктов» (утвержден Минздравом СССР от 04.11.87 ? 4430-87) и «Порядком бесплатной выдачи молока или других равноценных пищевых продуктов рабочим и служащим, занятым на работах с вредными условиями труда» (утвержден постановлением

Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 16.12.87), относятся к затратам на услуги, оказываемые в отделениях с вредными условиями труда.

В общем виде расходы на питание в расчете на 1 койко-день ($P_{к/д}$) определяются по формуле: где P - затраты на питание за расчетный период; $N_{к/д}$ - число койко-дней за тот же период.

Расчет расходов на мягкий инвентарь производится по его износу (фактическому списанию по акту) независимо от способа перенесения стоимости, принятого в соответствии с учетной политикой медицинских учреждений (приказ Минфина России от 15.06.98 ? 25-н). Износ мягкого инвентаря в расчете на 1 койко-день ($I_{к/д}$) определяется по формуле: где I_c - износ мягкого инвентаря в отделении за расчетный период; - число койко-дней за тот же период.

Износ оборудования в расчете на 1 койко-день (S_0) рассчитывается на основании балансовой стоимости (B_0) по инвентарной карточке учета основных средств (форма ? ОС-б) и годовой нормы износа каждого вида оборудования

(N_j), определяемой в соответствии с «Годовыми нормами износа медицинского оборудования учреждений и организаций, состоящих на государственном бюджете СССР» (утверждены Минздравом СССР 23.06.88 ?03-14/19-14) и постановлением Правительства Российской Федерации от 19.08.94 ? 967.

Износ оборудования при расчете стоимости 1 койко-дня определяется по формуле:

Учитывая необходимость полного возмещения затрат ЛПУ в соответствии с требованием технологии лечебно-диагностического процесса, расчет затрат по инструкции предусматривается не только на основании учетно-отчетных документов о фактически произведенных расходах. По ряду статей затрат при недостаточном финансировании допускается возможность дополнения фактически произведенных затрат расходами, не произведенными из-за недостатка средств, по номенклатуре, объему и стоимости в соответствии с технологией оказания услуг.

При определении прибыли в цене медицинских услуг необходимо иметь в виду, что в уровне рентабельности могут быть отражены средства на развитие и накопление для расширенного воспроизводства медицинской деятельности.

В соответствии с письмом Минэкономики России от 03.03.99 ? 7-225 «О ценах на платные услуги», «цены (тарифы) на платные услуги, не подлежащие государственному регулированию, в число которых входят и платные медицинские услуги, формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономики РФ от 06.12.95 ? СИ - 484/7-982. Уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован».

Приведем пример экспертизы расчета тарифа простой медицинской услуги.

Расчет на *услугу* в физиотерапевтическом отделении поликлиники произведен по «Методике расчета тарифов на медицинские услуги, оказываемые по программе обязательного медицинского страхования г. Москвы», утвержденной МГФОМС и Комитетом здравоохранения г. Москвы от 06.02.98.

Трудоёмкость услуги: врача - 1,5 УЕТ, среднего медицинского персонала - 2,0 УЕТ (1УЕТ= 10 мин).

По штатному расписанию в физиотерапевтическом отделении утверждены 2,0 ставки врача-физиотерапевта и 6,5 ставки медицинской сестры.

Годовая норма рабочего времени медицинского персонала - 1925 ч.

Месячная норма рабочего времени медицинского персонала - 160,4 ч (962,4 УЕТ).

Коэффициент эффективности использования рабочего времени медицинского персонала на проведение процедур в физиотерапевтическом отделении составляет: для врача - 0,923, для медицинской сестры - 1,12.

По тарификационному списку фонд заработной платы *врачебного персонала* в месяц - 6663,47 руб., в том числе:

0,5 ставки - 15-й разряд - 2189,50 руб.

1,5 ставки - 11-й разряд - 4473,97 руб.;

среднего медицинского персонала в месяц - 14173,02 руб., в том числе:

1,5 ставки - 10-й разряд - 2938,43 руб.

2,0 ставки - 9-й разряд - 4167,50 руб.

1,5 ставки - 8-й разряд - 4030,27 руб.

0,5 ставки - 7-й разряд - 861,92 руб.

1,0 ставка (вакансия) - 8-10-й разряд - 2174,90 руб.

Фонд основной заработной платы основного персонала подразделения (3[^]) = = 6663,47 руб. + 14173,02 руб. = 20836,49 руб.

Среднемесячная зарплата врачебного персонала ($Z_{т\text{вр}}$) = фонд заработной платы врачебного персонала в месяц / количество ставок врачебного персонала = 6663,47 руб. : 2,0 = 3331,74 руб.

Среднемесячная зарплата среднего медицинского персонала ($Z_{т\text{ср}}$) = фонд заработной платы среднего медицинского персонала в месяц / количество ставок среднего медицинского персонала = 14173,02 руб. : 6,5 = 2180,46 руб.

Определяем стоимость 1 УЕТ медицинского персонала в физиотерапевтическом отделении с учетом коэффициента эффективности использования рабочего времени:

Стоимость 1 УЕТ врача = среднемесячная заработная плата врачебного персонала / месячная норма рабочего времени χ коэффициент эффективности использования рабочего времени:

3331,74 руб. : 962,4 УЕТ χ 0,923 = 3,75 руб.

Стоимость 1 УЕТ среднего медицинского персонала = среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала / месячная норма рабочего времени χ коэффициент эффективности использования рабочего времени среднего медицинского персонала:

2180,46 руб. : 962,4 УЕТ χ 1,12 = 2,02 руб.

Фонд основной заработной платы основного персонала поликлиники - 137398,00 руб. .

Фонд основной заработной платы общеучрежденческого персонала поликлиники - 28854,00 руб.

Фонд дополнительной заработной платы персонала поликлиники - 21613,00 руб.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключается сущность ценовой политики медицинских организаций?
2. Перечислите функции цен. Охарактеризуйте каждую функцию.
3. Существует ли, по вашему мнению, какая-либо взаимозависимость между ценой и качеством оказываемой медицинской услуги?
4. Как изменяется спрос на медицинскую услугу при изменении цен на нее?
5. Какие экономические параметры должны учитываться в процессе ценообразования?

ЗАДАНИЕ

Приведите примеры расчета цен на медицинские услуги.

ГЛАВА 15. ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Социально-экономическая сущность и значимость заработной платы. Формы и системы заработной платы. Расчет оплаты труда персонала медицинского учреждения. Оплата труда в негосударственном секторе здравоохранения.

Важнейшим элементом хозяйственного механизма здравоохранения, условием труда, которое в большинстве случаев служит его причиной и стимулом, является *оплата труда* - вознаграждение, которое должно быть выплачено работодателем наемному работнику за работу, без вычета налогов и других удержаний, в денежной или натуральной форме¹.

Заработная плата - это 1) выраженная в денежной форме часть национального дохода, которая распределяется по количеству и качеству труда, затраченного каждым работником, и поступает в их личное потребление; 2) вознаграждение за труд².

Заработная плата определяется как материальная компенсация работнику за труд, использование его знаний, навыков и рабочей силы; она может иметь множество форм (ежемесячные оклады, премия, гонорар, комиссионные) и выполнять несколько функций (воспроизводственную, компенсаторную, оценочную, распределительную, стимулирующую).

Известны две основные *формы оплаты труда*: повременная и сдельная. *Повременная* заработная плата (З) работника зависит от фактически отработанного им времени и тарифной ставки (оклада), определяется произведением тарифной ставки (Y) на фактически отработанное время (T):

$$З = Y * T.$$

¹Большой экономический словарь (под ред. А.Н. Азрилияна), М., 1997. ²Там же.

В государственном секторе здравоохранения применяется в основном повременная оплата по окладам с повышениями и надбавками за определенные показатели. Дифференциация в оплате труда происходит с учетом стажа работы, который не отражает конкретных результатов, а определяется лишь возрастными характеристиками. Заработная плата медицинских работников слабо связана с трудовым вкладом, ее функции ограничиваются воспроизводственными, направленными на обеспечение работника средствами, необходимыми для содержания его самого и его семьи.

Для установления соотношения в оплате труда в зависимости от квалификации разрабатывают тарифные сетки. Это совокупность тарифных разрядов и соответствующих тарифных коэффициентов. Тарифный коэффициент низшего разряда принимается равным 1.

В повременной форме существуют две системы оплаты труда. *Простая повременная система* зависит от тарифной ставки или оклада и отработанного времени. Эта система распространена при оплате труда специалистов и служащих.

До настоящего времени оплата работников государственного сектора здравоохранения осуществляется по ЕТС, когда тарифицируется не работа, а работник (ему присваивают определенный тарифный разряд). В этих условиях медицинские работники практически лишены возможности увеличить размер заработной платы по качественным показателям, так как тарифная сетка основана на затратном методе, когда оплата производится вне зависимости от результатов труда. Иными словами, при повременной форме оплаты труда у работника снижен экономический стимул к росту интенсивности и производительности труда. В этих условиях даже периодическая аттестация работников с присвоением им того или иного разряда по ЕТС является лишь оценкой его потенциальных возможностей, а не реального трудового вклада. Так, например, хирурги получают одинаковую по размеру заработную плату, независимо от количества и сложности операций.

Повременно-премиальная система предусматривает сверх заработка по тарифной ставке (окладу) получение премии за достижение определенных количественных и качественных показателей. Премии, как правило, носят целевой характер и служат средством стимулирования работника к достижению определенных целей, значимых для организации.

Более гибкой формой оплаты является *сдельная оплата* труда - по количеству произведенных работниками единиц продукции (услуг) установленного качества. В настоящее время используется несколько форм сдельной оплаты труда.

Прямая сдельная форма оплаты труда зависит от тарифной ставки разряда и соответствующих норм выработки или норм времени. *Косвенная сдельная оплата труда* применяется для стимулирования труда вспомогательного медицинского персонала, обслуживающего основной технологический процесс (например, медсестер). *Сдельно-премиальная система* включает сочетание прямой сдельной оплаты с премиями. *Сдельно-прогрессивная система* сочетает прямую сдельную оплату с выплатами по повышенным расценкам в случае выработки сверх нормы без снижения качества. *Аккордно-сдельная система* устанавливает оплату на весь объем работы, которой заранее оговорен в соглашении, а не на отдельную операцию. Такую систему можно применять, например, при оценке работы зубных техников.

При *коллективной сдельной оплате* применяются индивидуальные расценки по конечным результатам работы либо коллективные сдельные расценки. При использовании системы *коллективного подряда* выплаты осуществляются только по конечному результату и включают основную заработную плату, премии из фонда материального поощрения, индивидуальные премии и выплаты.

Для руководителей, специалистов и служащих используется система *должностных окладов*.

Заработную плату можно разделить на 2 части: тарифную (оплата по тарифным ставкам и должностным окладам) и надтарифную (дополнительная оплата).

Под дополнительной заработной платой понимаются доплаты компенсаторного характера (см. главу 14), напомним основные:

- за работу в ночное время;
- за работу в праздничные и выходные дни;
- оплата очередных (ежегодных) и дополнительных отпусков (компенсация за неиспользованный отпуск);
- доплата за работу с интернами;
- компенсация женщинам, находящимся в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком;
- выходные пособия; .
- оплата приглашенных консультантов;
- оплата времени учебы с отрывом от производства в системе повышения квалификации и переподготовки кадров;

- премия, выплачиваемая из фонда экономии заработной платы и др. При постоянной работе сотрудникам полагаются дополнительные льготы, например, оплата больничных листов, пенсионное обеспечение; некоторые организации субсидируют обеды и транспортные расходы, заключают договоры ДМС, оплачивают юридические консультации и т.д. Традиционный подход к предоставлению дополнительных льгот заключается в том, что одинаковые льготы имеют работники одного уровня. Индивидуальная ценность дополнительных льгот для работника зависит от таких факторов, как возраст, семейное положение, размер семьи и т.д. Отдельные организации предоставляют работнику право выбрать в установленных пределах тот пакет льгот, который наиболее его устраивает. Как правило, такая форма вознаграждения практикуется в негосударственном секторе, в том числе и в соответствующих структурах

здравоохранения. В бюджетном лечебном учреждении работник пользуется стандартным набором льгот, распространяемых на государственный сектор экономики.

Исходными данными для расчета затрат на оплату труда медицинского учреждения являются:

- утвержденное штатное расписание сотрудников ЛПУ;
- тарификационные списки сотрудников, составленные по утвержденной форме с разбивкой по категориям персонала (врачи, средний, младший медицинский персонал, административно-управленческий персонал);
- нормативный годовой фонд рабочего времени медицинского персонала. Расчет начинается с определения средней заработной платы сотрудников подразделения (без учета вакантных должностей), выполняющих одинаковый объем работы. При расчете затрат по оплате труда отдельно рассчитываются затраты по заработной плате основного медицинского и общеучрежденческого персонала, обеспечивающего работу основного персонала.

В коммерческих структурах форму оплаты труда выбирают владельцы предприятий (работодатели) самостоятельно.

Современная тенденция в развитии форм и систем оплаты труда свидетельствует об уходе от повременной и сдельной форм и широком применении *индивидуальной заработной платы*. Особенно это стало возможно с переходом нашей страны к формированию рыночных условий хозяйствования. В работе требуется не только увеличение выработки, но и лучшее использование оборудования, повышение качества, экономия, рациональное использование материалов и др. Поэтому появились *многофакторные системы заработной платы*, которые призваны учесть не только физическую, но и умственную, и нервную энергию медицинского работника.

Типичным примером многофакторной системы заработной платы является *аналитическая оценка работ*. Она сочетает в себе повременную систему, метод нормирования труда, метод его качественной оценки и способ профессионального отбора работников. В этом случае весь трудовой процесс распределяется на ряд факторов, сгруппированных в определенном порядке, когда учитываются объективные данные работника, степень ответственности и условия труда, а также включаются субъективные личностные оценки работника руководителем (табл. 9).

Такую оценку проводит руководитель (главный врач) или аттестационная комиссия ежегодно; они могут принять решение о пересмотре оплаты труда сотрудника. При аналитической оценке работ чистый доход учреждения здравоохранения, полученный в результате работы на платных условиях, распределяется пропорционально количеству набранных каждым работником баллов.

Предположим, что по этой системе медсестра набрала 22 балла, врач - 30 баллов, а главный врач - 47 баллов. Примем условно, что это и есть штат ЛПУ,

Таблица 9. Факторы, учитываемые при начислении сотруднику баллов

Продолжение табл. 9

оказывающего в том числе платные медицинские услуги. Общее количество набранных баллов - 99. Предположим, что фонд оплаты труда, заработанный с помощью платных медицинских услуг, составил 9900 руб. Тогда стоимость одного балла составит 100 рублей. Следовательно, в этом случае медсестре будет начислено 2200 руб., врачу 3000 руб., главному врачу - 4700 руб.

Приведем пример многофакторной системы оценки труда медицинского персонала отделения Московской городской клинической психиатрической больницы ? 4 им. П.Б. Ганнушкина. Эта система оценки успешно применялась для распределения фонда доплат и премий, формируемого за счет экономии фонда оплаты труда в целом по больнице вследствие увеличения интенсивности труда работников (табл. 10, 11).

В отделении подсчитывается количество баллов по каждому медицинскому работнику, затем - суммарное число баллов по всем работникам каждой категории. Так как экономической службой больницы по ранее описанной схеме уже был определен объем доплаты (премии) в целом среднему и младшему

Таблица 10. Многофакторная система оценки труда среднего и младшего медицинского персонала отделения

Продолжение табл. 10

медицинскому персоналу, в отделении высчитывается денежное выражение 1 балла по каждой категории работников. Затем подсчитываются премиальные для каждого сотрудника отделения.

Например, все врачи отделения (примем условно, что их 2 - заведующий отделением и врач) набрали в сумме 77 баллов (заведующий отделением - 47, врач - 30). Итоговая месячная премия составила 11927,25 руб. Тогда стоимость 1 балла составит 154,89 руб. (11927,25 руб.: 77). Соответственно месячная премия (доплата) составит у заведующего отделением 7280,27 руб. (154,89 руб. \times 47), а у врача - 4646,98 руб. (154,89 руб. \times 30).

Таким образом, современные формы оплаты труда связаны с внедрением индивидуальной заработной платы, где основная (постоянная) часть составляет всего U_3 , а переменная - $\frac{2}{T}$. Вторым источником доходов является система участия в прибылях коммерческих медицинских структур. Если говорить о мировом опыте, то 75% предпринимателей используют нестандартные системы оплаты труда, отказываясь от традиционных повременной и сдельной форм. Однако отечественный рынок услуг здравоохранения находится в становлении, коммерческая среда еще недостаточно развита, а потому применение мирового опыта на практике не имеет пока повсеместного распространения, хотя отдельные примеры уже известны.

Таблица 11. Многофакторная система оценка труда врачебного персонала отделения

Продолжение табл. 11

Каждый критерий ранжируется в зависимости от его значимости. Сумма ранговых значений не должна превышать 1 (или 100%). Понижающие критерии:

- 1) жалобы;
- 2) расхождение клинико-поликлинических диагнозов;
- 3) запущенные случаи заболевания туберкулезом;
- 4) запущенные случаи онкологических заболеваний;
- 5) случаи смерти больных, не наблюдавшихся врачом; и т.д.

Сумма ранговых значений понижающих критериев также не должна превышать 1 (или 100%).

Предположим, что по итогам месяца сумма повышающего и понижающего коэффициентов (K_c) составила:

$$K_c = (+0,9) + (-0,5) = +0,4 (+40\%).$$

Тогда стимулирующая часть заработной платы (при базовой 1020 руб.) будет равна $1020 \times 0,4 = 408$ руб.

В этом случае фактическая выплата (Z_ϕ) составит:

$$Z_\phi = 1020 + 408 = 1428 \text{ руб.}$$

При отсутствии дефектов и выполнении показателей, влияющих на повышающий коэффициент, фактическая заработная плата врача, не имеющего категории, может достигать 2024,7 руб.

Заработная плата среднего медицинского персонала рассчитывается, исходя из сложившегося соотношения средней заработной платы врачебного и среднего медперсонала.

Пример: фактическое соотношение равно 1,46; при этом базовая заработная плата медицинской сестры будет равна 698,6 руб. (1020 : 1,46).

Стимулирующая часть заработной платы медицинской сестры формируется по тем же принципам, что и у врача, - индивидуально, с учетом конкретных функций и условий работы медсестры. На дополнительное финансирование приоритетной службы первичного звена и оплату труда медицинского персонала могут быть направлены средства, получаемые учреждением от платных услуг, оказываемых в других подразделениях больницы.

Расчеты заработной платы основываются на нормах труда участковых врачей. Базовая заработная плата рассчитывается по формуле:

$$Z_6 = (T \times H \times Ч) : 12,$$

где: Т - тариф за одно посещение; Н - норматив посещений на одного жителя в год; Ч - число прикрепленных к данному врачу жителей.

Тариф за одно посещение (Т) определяется по соглашению между участковым врачом и администрацией больницы. Соглашением устанавливается годовой фонд заработной платы каждому врачу индивидуально. Величина его зависит от финансовых резервов ЛПУ, квалификационной категории врача, его отношения к делу. Годовой фонд заработной платы (определенный соглашением) врача делится на плановое число посещений в год (функцию врачебной должности).

Норматив посещений на одного жителя в год (Н) к участковому врачу рассчитывается для каждого ЛПУ с учетом показателя за предыдущие годы, половозрастного состава населения, уровня заболеваемости. ;

Численность прикрепленного населения по каждому участку (Ч) определяется путем переписи населения на каждом участке.

Например: базовая заработная плата = (4 руб. \times 1,8 посещения \times 1700 чел.): 12 мес = 1020 руб.

Методика дает возможность дифференциации заработной платы в зависимости от численности прикрепленного населения, а не от фактического числа обращений к врачу. При численности населения на участке 2000 человек ежемесячная базовая заработная плата врача без категории будет достигать 1200 руб.

Стимулирующая часть заработной платы Z_c рассчитывается по формуле:

$$Z_c = Z_6 \times K_c,$$

где $K_c = (+K) + (-K)$; Z_6 - базовая заработная плата; K_c - стимулирующий коэффициент: сумма повышающего (+К) и понижающего (-К) коэффициентов.

Критерии повышающего и понижающего коэффициентов разрабатываются для каждого учреждения или каждого врача индивидуально, исходя из конкретных задач, которые стоят перед учреждением и ставятся перед врачом. В качестве примера приводим перечень критериев и вариант ранжирования для расчета коэффициентов.

Повышающий коэффициент:

- 1) полнота и своевременность диспансерного наблюдения - 0,1;
- 2) вакцинация, иммунизация населения - 0,3;
- 3) полнота клинического обследования при подготовке к госпитализации - 0,1;
- 4) владение методами чтения ЭКГ - 0,1;
- 5) охват флюорографическим обследованием подлежащего населения - 0,2.

Применение стимулирующих систем оплаты труда решает проблему укомплектованности кадрами, снижает потребность в совместительстве, улучшает ряд качественных показателей, внесенных в перечень повышающих и понижающих коэффициентов. С введением обязательного медицинского страхования в РФ изменился порядок

финансирования лечебных учреждений здравоохранения. Стало возможно оплату труда по Единой тарифной сетке, регламентирующей заработанную плату медицинских

работников, дополнить обоснованной системой материального стимулирования с учетом объема работы, качества и эффективности медицинской помощи.

Нормативно-правовые документы (Трудовой Кодекс РФ, приказы МЗ РФ «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения») предоставляют медицинским учреждениям широкие возможности для самостоятельного решения проблемы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, работающих в условиях ОМС. При наличии дополнительных возможностей медицинское учреждение вправе увеличить размер оплаты труда сверх уровня, предусмотренного Единой тарифной сеткой, а порядок выплат стимулирующего характера определять и устанавливать самостоятельно.

В этом случае дифференцированная система оплаты труда учитывает индивидуальный вклад каждого работника и состоит из двух составляющих:

- оплата труда по ЕТС;
- дополнительная индивидуальная оплата труда по результатам работы за месяц.

Фонд оплаты труда (ФОТ) включает в себя:

- фонд заработной платы (ФЗП) по ЕТС;
- фонд материального поощрения (ФМП).

Таким образом полностью сохраняется система оплаты труда по ЕТС, как одна из постоянных составляющих заработной платы, которая должна являться гарантированной частью заработной платы работников бюджетных учреждений здравоохранения. Социально ориентированное государство обязано гарантировать определенный размер заработной платы - это форма социальной гарантии для работников бюджетных учреждений здравоохранения.

Величина дополнительной оплаты труда работников, непосредственно оказывающих медицинские услуги, определяется по формуле:

$$Д = \{(СхП) - 3\} \times Р,$$

где Д - величина дополнительной оплаты конкретному работнику; С - общая сумма стоимости медицинских услуг, оказанных работником по ОМС в соответствии с лицевым счетом; П - процент ФОТ от общей стоимости оказанных медицинских услуг по ЛПУ за месяц (обычно 50%); 3 - величина заработной платы за месяц данного работника по ЕТС; Р - процент ФЗП работников, оказывающих непосредственно медицинские услуги, от общего ФЗП по ЛПУ, в соответствии с тарификационным списком ЛПУ.

Мы рассмотрели применение стимулирующей системы оплаты труда в учреждениях государственного сектора здравоохранения. В негосударственном секторе доходы медицинских работников формируются иначе.

В медицинских кооперативах оплата труда наемных работников определяется трудовым договором с ними, а учредители кооператива получают долю прибыли пропорционально своему паю, если иное не предусмотрено в учредительском договоре. Иначе говоря, из оборота фирмы вычитаются стоимость материальных затрат, заработная плата наемных работников, формируются фонды (резервный, производственного развития и др.), уплачиваются налоги, проценты по кредитам и т.п., а остаток чистой прибыли делится между учредителями.

Индивидуальный предприниматель в лице частнопрактикующего врача также получает доход - прибыль от реализации товара (услуги) по остаточному принципу, т. е. из оборота (объема платных медицинских услуг за год) вычитаются

ТЕСТЫ

1. Что из перечисленного относится к формам оплаты труда?

- А) аккордная;
- Б) сдельно-премиальная;
- В) повременная;
- Г) сдельно-прогрессивная; Д) повременно-премиальная; Е) сдельная.

2. Какая система оплаты труда медицинских работников, на ваш взгляд, наиболее эффективна в новых экономических условиях? Обоснуйте свой ответ.

- А) индивидуальная; Б) многофакторная;
В) повременная; Г) смешанная; Д) сдельная.

материальные затраты врача, полученный доход облагается налогом, а остаток начисляется врачу.

Если медицинское предприятие стало акционерным обществом, то рядовой акционер может иметь 3 источника дохода: заработную плату, дивиденд и выплаты из фонда материального поощрения. Учредители (физические или юридические лица) получают еще и учредительскую прибыль.

В целом процесс стимулирования труда выступает в качестве средства управления деятельностью медицинских учреждений и конкретных работников, так как воздействует на их экономические интересы. Вознаграждение - это оценка положительных результатов труда; одновременно с этим учитывается ответственность за упущения. В случае нарушений в работе возможно лишение медицинских работников премии.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое заработная плата и с выполнением-каких социально-экономических функций она связана?

2. От каких факторов зависит общий уровень оплаты труда?

3. Перечислите основные формы и системы заработной платы и кратко охарактеризуйте их.

4. Какие параметры учитываются при расчете оплаты труда персонала ЛПУ?

5. Может ли, по вашему мнению, доход частнопрактикующего врача рассматриваться как его заработная плата?

6. В каких условиях предпочтительнее использовать сдельную (повременную) систему оплаты труда в ЛПУ?

7. Будет ли повышение ставок заработной платы медицинских работников под давлением профсоюзов сопровождаться уменьшением занятости?

8. Охарактеризуйте многофакторную систему оценки труда среднего медицинского персонала.

9. Какие критерии оценки труда врача вы знаете?

ГЛАВА 16. ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Планирование здравоохранения как отрасли экономики. Основные принципы планирования. Виды и методы планирования. Экономические методы планирования деятельности медицинского учреждения. Смета доходов и расходов. Структура бизнес-плана. Характеристика разделов бизнес-плана.

Планирование как составная часть управления экономикой представляет собой совокупность методов и средств, позволяющих выбрать оптимальный вариант развития, обеспечивающий эффективное использование ресурсов.

Планирование подразделяется:

1) по уровню:

- федерации (государственное планирование),
- отраслей (отраслевое планирование),
- регионов (региональное планирование),
- отдельных организаций, предприятий, учреждений;

2) по фактору времени:

- текущее,
- перспективное,
- целевое;

3) по методам:

- балансовое,
- нормативное.

Планирование только «от достигнутого уровня» (определение будущих изменений на основе существующих тенденций при условии их сохранения и прошлого опыта), допустимо в случае, если общество не находится в процессе глубоких перемен и удовлетворено состоянием социального сектора (в частности, организацией системы здравоохранения). Однако при этом всегда существует опасность повторения допущенных ошибок и неизбежно противоречие с меняющимися потребностями и новыми возможностями.

Чтобы добиться наиболее рационального использования ограниченных ресурсов, необходимо возможно точнее определять их отдачу, сопоставлять ее с затратами, сравнивать различные варианты программ развития с точки зрения издержек и выгод.

Планирование здравоохранения - это обоснование и разработка потребности населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и сани-тарно-противоэпидемическом обслуживании в соответствии с возможностями их удовлетворения.

Основные принципы планирования системы здравоохранения РФ:

- обеспечение социальных гарантий населения в получении необходимой медицинской помощи, и в первую очередь реализации Программы госгарантий;
- соответствие ресурсов здравоохранения потребностям населения в медицинской помощи.

Развитие здравоохранения должно проходить при соблюдении следующих условий:

- единство целей развития системы на разных уровнях организации и управления как на текущий период, так и на перспективу;
- эффективное использование материальных, финансовых, трудовых и иных ресурсов медицинских учреждений;
- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
- повышение качества и эффективности медицинского обслуживания.

Для командной экономики было характерно *директивное планирование* здравоохранения, когда в комплексные планы включались разделы: план по труду (численность и фонд заработной платы), план материально-технического обслуживания; план капиталовложений (строительство и оборудование медицинских учреждений); план по трудовым ресурсам (потребности, подготовка, повышение квалификации).

В условиях децентрализации системы управления и демонополизации государственной системы здравоохранения изменились содержание и методы планирования с директивного *нареккомендательный* характер. Однако сохранился *нормативный метод планирования* с использованием соответствующих норм и нормативов (нормы нагрузки медицинского персонала - число больных на 1 ч амбулаторного приема; нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре; штатные нормативы и т.д.).

В рыночных отношениях возрастает роль *оптимального планирования*, когда для наиболее полного удовлетворения потребности населения в услугах здравоохранения, с учетом состояния материально-технической и ресурсной базы, выбирается вариант дальнейшего развития системы.

С этой целью:

1) анализируются комплексные показатели:

- материально-техническая база ЛПУ в регионе;
- нормативы обеспечения населения (детского и взрослого) медицинской помощью;
- здоровье населения и его динамика;
- финансовые, материальные и трудовые ресурсы здравоохранения региона;
- диспансеризация и профилактическая работа и т.д.

2) изучаются вопросы:

- дальнейшего развития медицинской помощи по основным ее видам с учетом демографических особенностей в регионе;

- развития медицинского страхования (ОМС и ДМС);

- внедрения ресурсосберегающих технологий;

- совершенствования системы управления здравоохранением;

- повышения качества медицинского обеспечения населения. Переход на *экономические методы управления* отраслью предполагает изменение подходов и к планированию на уровне ЛПУ. При сохранении *бюджетного* планирования (планомерного процесса составления, рассмотрения, утверждения и исполнения бюджета) вместо привычных объемных показателей, отражающих количество посещений, койко-дни и т.д., решающее значение приобретают финансовые нормативы.

Преимущество экономических методов планирования в том, что они создают материальные стимулы, влияют на размер заработной платы медицинских работников. При этом необходимы комплексные показатели качества и результативности, наиболее полно характеризующие цели, стоящие перед медицинским учреждением и его подразделениями.

Планирование работы ЛПУ заключается в определении:

1) основных целей и функций ЛПУ и показателей, выполнение которых способствует достижению этих целей;

2) видов и объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и половозрастной структуры обслуживаемого населения;

3) потребности в финансовых и материальных ресурсах и расчетах финансовых нормативов;

4) максимальных объемных показателей деятельности с учетом планируемых объемов финансирования из всех источников.

Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 населения:

где Q - общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре в отчетном году; P_p - численность населения в расчетном году; D - показатель среднего числа дней использования койки в расчетном году; P_б - численность населения в отчетном году.

$$3. K = Y * P,$$

где Y - уровень госпитализации (на 1000 населения); P - средняя длительность пребывания больного на койке.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 населения.

Важнейшим этапом планирования является анализ системы оказания медицинской помощи населению по следующим параметрам:

- степень доступности для населения медицинской помощи в рамках территориальной Программы госгарантий;
- качество оказания медицинской помощи;
- эффективность использования существующих мощностей ЛПУ.

Учет и расходование средств в бюджетном учреждении осуществляется в соответствии с утвержденной в установленном порядке сметой доходов и расходов. Она является основным плановым и финансовым документом ЛПУ, составляется на год на основе оперативно-сетевых и производственных показателей в соответствии с экономической классификацией расходов бюджета РФ: 100 000 - текущие расходы; 200 000 - капитальные расходы; 300 000 - предоставление кредитов (бюджетных ссуд) за вычетом погашения.

Планирование расходов по смете производится исходя из объемов деятельности ЛПУ за прошедший период на основе трудовых, материальных и финансовых норм расходов. Затем проводятся обоснование и расчет сумм расходов по каждому коду экономической классификации.

Основным документом для определения должностных окладов медицинских работников являются тарификационные списки, которые вместе со штатным расписанием составляют одновременно со сметой по каждой должности всех структурных подразделений и учреждения в целом.

Коммерциализация здравоохранения, выражающаяся в увеличении объема платных медицинских услуг, внедрении различных организационно-правовых форм предпринимательства и развитии частной врачебной практики, предопределяет изменение экономического статуса медицинской организации. Теперь и пациент, и ЛПУ являются участниками рынка медицинских услуг. В этих условиях возрастает значение такого направления деятельности самостоятельно хозяйствующей услугопроизводящей организации, как *бизнес-планирование*.

Бизнес-план - это четко структурированный документ, описывающий все основные аспекты деятельности медицинской организации с момента ее создания до вывода на проектную мощность; он включает разработку цели проекта, оценку фактических экономических показателей медицинской организации, анализ рынка и информацию о клиентах, определение конкурентной стратегии для достижения поставленных целей. Качественно составленный бизнес-план повышает шансы организации в получении финансовых средств от предполагаемого инвестора.

Бизнес-план разрабатывается на 1-5 лет. Последовательность составления бизнес-плана:

- принимается решение о внедрении мероприятий по совершенствованию действующей медицинской организации или о создании новой организационно-правовой формы (например, медицинской автономной некоммерческой организации);
- оцениваются собственные возможности ЛПУ в реализации проекта;
- выбираются медицинские услуги, оказание которых будет целью проекта;
- исследуется возможность рынка данных медицинских услуг;

- выбирается место для осуществления намеченной деятельности;
- разрабатываются:
- план производства;
- план маркетинга;
- организационный план;
- финансовый план;
- анализируются возможные риски от данного проекта;
- составляется резюме к бизнес-плану, которое в окончательном тексте становится первым разделом документа.

Качественно разработанный бизнес-план помогает ЛПУ развиваться, укреплять свои позиции на рынке медицинских услуг, прогнозировать свое экономическое движение на перспективу.

Чтобы разработать эффективный план, необходимо проанализировать внешнюю среду и фактическое состояние медицинского учреждения.

Внешняя среда: перспективы развития здравоохранения и рынка медицинских услуг, состояние конкуренции, потребители медицинских услуг, тенденции развития внешнего окружения, не подконтрольные медицинской организации, но оказывающие влияние на ее деятельность.

Внутренняя среда: маркетинг, финансы, производственная деятельность, человеческие ресурсы, административная деятельность.

Анализ внешней среды позволяет оценить как опасности извне, которые могут затруднить деятельность ЛПУ, так и возможности, способные помочь достижению намеченных целей. Анализ внутренней среды направлен на выявление сильных и слабых сторон медицинского учреждения, определение участков для совершенствования.

Если медицинская организация решает вводить платные медицинские услуги или расширяет их перечень, составлению бизнес-плана должна предшествовать следующая работа по сбору информации:

- изучаются источники и объемы финансирования;
- определяются суммы недофинансирования по всем источникам;
- изучается материально-техническая база учреждения;
- проводится характеристика и оценка кадров по квалификации, возрасту, стажу;
- анализируется оказываемая помощь по видам, качеству, своевременности и доступности;
- определяются виды услуг, предлагаемых населению за плату;
- изучается спрос населения;
- определяется план по объему деятельности;
- определяется ожидаемый доход.

Структура бизнес-плана

Раздел первый. Краткий обзор или резюме проекта.

Этот раздел является сводным и представляет собой краткое изложение плана с подчеркиванием реальных достоинств организации здравоохранения для потенциальных инвесторов. Резюме уточняется по мере разработки плана и оформляется после составления бизнес-плана в целом.

В этом разделе представлены: цель проекта; краткое описание медицинских услуг, которые предполагается оказывать в рамках проекта; способы достижения поставленных целей, сроки осуществления проекта; затраты, связанные с его реализацией, ожидаемая эффективность; перспективы для инвестора.

Показатели в резюме должны быть обобщенными: объем оказываемых медицинских услуг, выручка, собственные и заемные средства, прибыль, рентабельность.

Раздел второй. Характеристика медицинских услуг.

В этом разделе следует подробно описать виды медицинских услуг, которые будут предлагаться потребителю. Необходимо показать, в чем привлекательность этих услуг и

их уникальность для потенциальных потребителей. Если медицинская организация имеет патенты, авторские права и другие объекты интеллектуальной собственности, целесообразно сделать ссылку на эти сведения. В приложении к бизнес-плану можно привести отзывы экспертов или потребителей, которые уже знакомы с медицинскими услугами данной организации.

Раздел третий. Анализ положения дел в отрасли.

Цель раздела - показать тенденции развития здравоохранения и место данной медицинской организации в отрасли. Для определения своей рыночной стратегии ЛПУ должна проанализировать, к какому типу рыночных структур она более приближена: чистой конкуренции, монополистической конкуренции, монополии или олигополии.

В этом разделе приводятся подробные сведения о круге потребителей медицинских услуг. Следует определить, каковы возрастной, социальный состав потребителей и их реакция на возможные изменения цен на медицинские услуги. Если бизнес-план составляется для уже функционирующей медицинской организации, целесообразно собрать следующую информацию: контингент пациентов в настоящий момент и в перспективе; потребности пациентов; мотивы обращения пациентов в данную медицинскую организацию.

Раздел четвертый. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

В этом разделе необходимо дать реалистичную оценку состояния конкуренции, своих сильных и слабых сторон по сравнению с другими медицинскими организациями. К факторам устойчивой конкурентоспособности относятся такие, как более низкие издержки, специализация ЛПУ, лидерство в качестве оказываемых услуг, географическая (территориальная) доступность.

Выбор наиболее подходящей для медицинской организации стратегии конкуренции зависит от того, какими возможностями она располагает. Так, если у организации устаревшее оборудование, не слишком высокая заработная плата и другие затраты на производство медицинских услуг, можно принять на вооружение стратегию низких издержек. Если у организации современное оборудование, достаточно дорогостоящие сырье и материалы, работники обладают высокой квалификацией, имеется уникальная технология лечебного процесса, можно попытаться достичь конкурентоспособности за счет оказания уникальных медицинских услуг или столь высокого качества, что это оправдает в глазах потребителей немалую их себестоимость. Для определения своей конкурентной стратегии медицинская организация должна проанализировать, к какому типу рыночных структур она более приближена: чистой конкуренции, монополистической конкуренции, олигополии или монополии. Данная информация будет являться основой и для определения ценовой политики.

Раздел пятый. План производства медицинских услуг.

В этом разделе следует указать потребность медицинской организации в помещении, оборудовании и трудовых ресурсах, необходимых для оказания услуг. В пункте о трудовых ресурсах - перечислить квалификационные требования к специалистам организации (профиль, образование, опыт, оплата труда).

Для действующего ЛПУ целесообразно дать характеристику трудовых ресурсов по следующим направлениям:

- соотношение численности вспомогательного и основного персонала;
- соотношение численности административно-управленческого и основного персонала;
- потребность в кадрах по специальностям;
- форма трудовых отношений (основное рабочее место, совместительство; контракт, договор);
- возможности повышения квалификации, подготовки и переподготовки кадров;

- системы стимулирования труда и их совершенствование. Потребность медицинской организации в материальной базе характеризуется следующими показателями:

- здания, в том числе лечебно-профилактические;
- машины и оборудование, в том числе измерительные приборы, регулирующие устройства, лабораторное оборудование, вычислительная техника, медицинское оборудование;
- транспортные средства;
- инструменты, производственный и хозяйственный инвентарь;
- прочие основные средства. *Раздел шестой. План маркетинга.*

Основные пункты этого раздела: ценообразование, система продвижения медицинских услуг на рынок, стратегия рыночного роста.

Процесс формирования медицинской организацией рыночных цен на свои услуги включает следующие этапы: постановку задач ценообразования; определение спроса; оценку издержек; проведение анализа цен и услуг конкурентов; выбор метода установления цен; определение окончательной цены и правил ее будущих изменений; учет мер государственного регулирования цен.

Организация выбирает систему ценообразования, указывая, какой подход использует. Предлагается система скидок. Проводится сравнение с существующим уровнем цен. Разрабатывается система продвижения медицинских услуг на рынок с указанием примерного объема затрат. Указываются способы организации рекламы.

Раздел седьмой. Управление и права собственности.

Содержание этого раздела во многом зависит от организационно-правовой формы медицинского учреждения. Для коммерческих организаций указываются условия создания и партнерства. Целесообразно указать формы отношений с местной администрацией, вышестоящими органами здравоохранения, следует привести аргументы, показывающие заинтересованность этих инстанций в проекте.

Раздел восьмой. Финансовый план.

Данный раздел содержит финансовые показатели, подкрепляющие информацию, содержащуюся в других разделах. Этот раздел является основным с точки зрения эффективности проекта и сроков возврата заемных средств. Основные показатели раздела: потребность в финансовых средствах, финансовые данные на перспективу, финансовые данные за прошлые периоды.

В этом же разделе показывается полная структура затрат хозяйствующего субъекта с выделением условно-постоянных и условно-переменных издержек. Анализ затрат позволяет определить такой важный показатель эффективности работы медицинской организации, как норма безубыточности, или порог рентабельности.

Наряду с показателем безубыточности, в разделе должны быть представлены прогноз объемов реализации медицинских услуг; баланс денежных поступлений и расходов; график прибыльности.

Раздел девятый. Оценка и страхование риска.

Необходимо оценить степень риска предлагаемого проекта. Риски могут быть нескольких видов - финансово-экономические, технические, социальные и др.

К группе *финансово-экономических рисков* относятся: неустойчивость спроса, появление альтернативных услуг, снижение цен конкурентами, увеличение производства медицинских услуг у конкурентов, рост налогов, платежеспособность потребителей, рост цен на сырье и материалы, недостаток оборотных средств.

К *социальным рискам* относятся: трудности с набором квалифицированной рабочей силы, отношение местных властей, недостаточный уровень зарплаты, квалификация кадров.

Наиболее существенными в группе *технических рисков* считаются изношенность оборудования, нестабильность качества сырья.

Цель последнего раздела бизнес-плана - показать инвесторам, что риски оценены всесторонне и объективно и медицинская организация определила пути их преодоления. Бизнес-план в современных условиях по сути дела является практически обязательным компонентом плановой деятельности ЛПУ, в нем описываются все основные аспекты лечебно-производственного процесса.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите основные принципы планирования системы здравоохранения РФ.
2. Перечислите виды и методы планирования.
3. Что такое бизнес-план, как и с какими конкретными целями он составляется?
4. Какие методы экономического анализа используются при разработке бизнес-плана?
5. Какие виды рисков могут возникнуть при реализации бизнес-плана?

ЗАДАНИЕ 1

Назовите основные разделы бизнес-плана. Укажите, какой из разделов наиболее важен при первом знакомстве с вашей фирмой будущих партнеров:

- А) резюме;
- Б) производственный план;
- В) план маркетинга.

ЗАДАНИЕ 2

Выберите правильный ответ.

Описание медико-фармацевтической продукции в бизнес-плане включает:

- А) характеристику основных качеств лекарственных препаратов, медицинской техники и гигиенических товаров;
- Б) указание цены;
- В) характеристику затрат и величину прибыли на единицу данной продукции (услуги); Г) верно все.

ЗАДАНИЕ 3

Выберите правильный ответ. Оценка риска как раздел включает:

- А) анализ слабых сторон данной организации здравоохранения;
- Б) вероятность появления новых медико-фармацевтических технологий;
- В) альтернативные стратегии.

Составьте раздел бизнес-плана «Оценка риска» для частнопрактикующего врача. Укажите слабые стороны этой организационно-правовой формы предпринимательства в здравоохранении и возможности страхования рисков.

ЗАДАНИЕ 4

В организационный план необходимо включить описание кадрового состава. Предположив, что это поликлиника, оказывающая в том числе платные медицинские услуги, проанализируйте состояние кадров, найдя коэффициент укомплектованности, текучести кадров; проанализируйте правильность расстановки кадров и динамику численности занятых должностей за гипотетические последние 3 года.

ГЛАВА 17. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Сущность, цели и задачи экономического анализа. Методы и виды экономического анализа. Управление трудовыми ресурсами, набор персонала. Экономический анализ занятости медперсонала. Финансовые проблемы в экономическом анализе.

Экономический анализ в качестве метода исследования экономики как по всей совокупности протекающих в ней процессов, так и по каждому их них, может осуществляться с целью выявления основных тенденций и закономерностей развития экономики; их взаимосвязи и взаимовлияния; факторов, определяющих те или иные результаты, основные пропорции и соотношения.

На микроуровне экономический анализ - это методы оценки затрат и выгод, относительной прибыльности деятельности, величины чистой прибыли организации на данный период¹.

Экономический анализ, осуществляемый на уровне отдельной организации (предприятия, фирмы) обычно называют *анализом хозяйственной деятельности*. Такой анализ включает в себя изучение и оценку использования всех видов хозяйственных ресурсов и результатов работы организации с целью повышения ее эффективности. В процессе анализа хозяйственной деятельности раскрываются социально-экономические факторы, влияющие на эффективность производства, что, как правило, служит основой для выбора и обоснования управленческих решений.

Основными инструментами экономического анализа являются балансовый и индексный методы, факторный анализ по группам показателей. Остановимся подробнее на каждом из них.

Балансовый метод заключается в сопоставлении как в натуральной, так и в стоимостной форме систем показателей:

- ресурсы и их использование,

¹ *Большой экономический словарь* (под ред. А.Н. Азриляна), М? 1997.

- производство и потребление,

- денежные доходы и расходы,

- активы и пассивы,

- производство и распределение и т.д.

Индексный метод - это метод статистического анализа, применяемый для изучения динамики явления. Он позволяет выявлять и измерять влияние факторов на изменение изучаемого явления, когда с помощью индексов сопоставляются (соизмеряются) социально-экономические явления, предварительно приведенные к общему единству (денежная оценка, трудовые затраты и т.п.). Метод основывается на относительных показателях, отражающих изменение уровня изучаемого явления к таковому в прошлое время или к базисному показателю. Индекс рассчитывается как отношение измеряемой величины к базисной. Различают индивидуальные, групповые и тотальные индексы.

Один из разделов анализа хозяйственной деятельности - *факторный (или причинный) анализ*, т. е. определение и классификация факторов, влияющих на эффективность изучаемого процесса. Такой анализ позволяет установить, какой из факторов оказывает на изучаемый показатель решающее влияние. С этой целью причины-факторы классифицируются по группам: существенные и несущественные, основные и побочные, определяющие и неопределяющие. Раскрыть и понять основные причины, оказывающие определяющее влияние на выполнение бизнес-плана, выявить их действие и взаимодействие - значит, разобраться в особенностях хозяйственной деятельности организации (предприятия, фирмы).

При анализе хозяйственной деятельности могут также применяться методы сравнений, исчисления относительных величин и современные математико-статистические методы.

В экономическом анализе способ сравнения считается одним из важнейших, именно с него и начинается анализ. Существует несколько форм сравнения.

1. Сравнение фактических данных с плановыми величинами. Выявленные отклонения отчетных данных от плановых показателей служат

исходной базой для дальнейшего анализа. В лечебно-профилактическом процессе значительные отклонения от плана могут возникать в результате заниженного или недостаточно напряженного плана. В этом случае допускается корректировка плановых показателей.

2. Сравнение с прошлыми периодами.

В условиях рыночной экономики нельзя сопоставлять издержки производства за ряд лет в текущих ценах без необходимых корректировок. Необходимо учитывать ценовой фактор - изменение цен, ставок и тарифов на медицинские услуги, что особенно влияет на финансовые показатели, т. е. пересчет оборотов в одинаковые цены (как правило, в цены базисного периода), в отдельных случаях дополнительно учитывается влияние социальных, природных и других факторов.

3. Сравнение с лучшими методами работы и показателями, передовым опытом, новыми достижениями медицинской науки и техники.

Сравниваются трудовые и финансовые результаты работы подразделений ЛПУ (участков, отделений, отдельных врачей-специалистов), однако возможно сравнение с лучшими показателями других медицинских учреждений, работающих примерно в одинаковых условиях.

При сравнении средних показателей необходимо соблюдать определенные условия и требования. Показатели должны исчисляться по каждой однородной группе подразделений данного ЛПУ или других учреждений (результаты деятельности районных поликлиник, специализированных стационаров одного профиля, терапевтов, работающих в одной или в разных поликлиниках).

Группировка как способ анализа предполагает определенную классификацию:

- структурные группировки используются при изучении мощности, уровня оснащенности, производительности труда и других признаков ЛПУ или их подразделений;

- аналитические группировки предназначены для выявления взаимосвязи между показателями, а также для установления причин и факторов, их обуславливающих. При построении аналитических группировок каждый из показателей рассматривается в качестве фактора, влияющего на другой. Факторный признак может выступать в качестве результирующего, и наоборот.

Групповые таблицы можно строить как по одному признаку (простые группировки), так и по нескольким (комбинированные группировки).

Информационной базой экономического анализа служат данные социально-экономической статистики. При экономическом анализе могут использоваться многочисленные экономико-математические методы: математического анализа, математической статистики, математического программирования, исследования операций, экономической кибернетики, теории оптимальных процессов и т.д.

Таким образом, *экономический анализ* в медицинских организациях - это совокупность приемов и методов группировки и сравнительной оценки показателей лечебно-производственной и финансовой деятельности, целью которого является определение способов рационального использования внутренних ресурсов.

Основные задачи экономического анализа результатов деятельности медицинских организаций:

- поиск и выработка путей повышения эффективности работы учреждения;

- выявление резервов в использовании экономических ресурсов;
- поиск и внедрение передовых технологий лечебного процесса;
- оценка эффективности управленческих решений;
- оценка эффективности медицинской помощи.

В ходе экономического анализа необходимо: 1) анализировать как затраты, так и результаты деятельности организации здравоохранения; 2) решить проблему выбора наиболее эффективных действий и направления деятельности для получения запланированного результата. Поэтому экономический анализ должен проводиться на всех стадиях формирования и реализации управленческих решений. Можно выделить несколько видов анализа (табл. 12).

Умелое сочетание видов анализа, подчинение их целям управления позволяют значительно повысить эффективность работы ЛПУ. Как правило, анализ проводится на основе показателей, которые отражают эффективность различных сторон работы учреждения (использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов).

В условиях ограниченности ресурсов здравоохранения особенно важно с учетом результатов анализа финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ принимать

Таблица 12. Виды экономического анализа эффективные управленческие решения. Основной причиной неэффективности указанных решений являются неполнота и недостоверность аналитической информации.

В условиях, когда ЛПУ придается статус самостоятельно хозяйствующего субъекта, возрастает роль главного врача как организатора лечебно-хозяйственного процесса. Главный врач должен владеть вопросами: анализа лечебно-хозяйственной деятельности на основе методов финансового менеджмента; оплаты медицинской помощи и формирования цен на медицинские услуги; взаимоотношений с кредитно-финансовыми организациями. Руководители подразделений медицинского учреждения должны уметь анализировать результаты и затраты, рассчитывать потребность в материальных и финансовых ресурсах, определять экономическую эффективность медицинской деятельности.

Управление кадрами - это часть менеджмента, применимая ко всем сферам занятости, в том числе к здравоохранению. Управление кадрами направлено на достижение эффективности деятельности и справедливых условий найма. Перечисленные ниже этапы показывают, что управление трудовыми ресурсами рассматривается как система, имеющая «вход», «процессы» и «выход». Сам процесс управления проходит определенные стадии: анализ ситуации, постановка целей, стратегическое и тактическое планирование, организация, контроль. При этом важно подчеркнуть, что управление трудовыми ресурсами - обязанность руководителя любого уровня: главного врача, заведующего отделением, главной медсестры и т.п.

В управлении трудовыми ресурсами обычно выделяют 9 этапов принятия решений:

1. Планирование трудовых ресурсов.
2. Набор персонала и создание резерва кадров.
3. Отбор и оценка кандидатов на рабочие места.
4. Определение заработной платы и льгот.
5. Профорientация и адаптация: введение нанятых работников в организацию ее подразделения, развитие у работников понимания того, что ожидает от него организация и какой труд в ней получает заслуженную оценку.
6. Обучение.
7. Оценка трудовой деятельности: разработка методик оценки трудовой деятельности и доведение ее до работника.
8. Повышение, понижение, перевод, увольнение: разработка методов перемещения работников на должности.
9. Подготовка руководящих кадров, управление продвижением по службе. К процессу формирования трудовых ресурсов относятся *набор персонала* и создание резерва

кандидатов на все должности и специальности, из которого организация отбирает наиболее подходящих работников. Эта работа должна проводиться по всем специальностям. Отдел кадров должен установить контакты с различными организациями, от которых возможно поступление работников (биржи труда, центры трудоустройства молодежи, школы, колледжи и высшие медицинские учебные заведения, частные агентства по трудоустройству, профсоюзы и т.д.), он может давать рекламу в газетах, журналах о вакансиях; использовать связи с бывшими работниками медицинской организации, неформальные контакты с руководителями других организаций.

Однако большинство руководителей предпочитают проводить набор в основном внутри своей организации. Продвижение по службе своих работников обходится дешевле и даже приносит выгоды, поскольку повышает их заинтересованность в сохранении рабочего места именно в этом учреждении; при этом улучшается моральный климат в коллективе, повышается производительность труда. Возможным недостатком решения проблемы кадров за счет внутренних резервов является отсутствие притока новых людей со свежими взглядами, а это путь к застою.

Иногда при наборе кадров руководство обращается к работникам с просьбой порекомендовать друзей или знакомых. Такой подход способствует созданию обстановки доброжелательности, взаимовыручки.

При наборе персонала руководитель должен реалистично обрисовать положительные и отрицательные стороны работы в данном учреждении, если же он стремится как можно выгоднее преподнести информацию, не исключено возникновение необоснованных ожиданий, что приведет к росту неудовлетворенности новых работников трудом и увеличению текучести кадров.

Эффективное сравнение потенциальных кадров - одна из форм предварительного контроля качества трудовых ресурсов. Собеседование может проводиться заведующим отделением ЛПУ, начальником отдела кадров, в присутствии главного врача или без него. Цели собеседования: 1) собрать подробную информацию о кандидате; 2) дать кандидату информацию о работе; 3) решить, насколько хорошо кандидат впишется в коллектив; 4) сформировать у кандидата ощущение правильного выбора.

Теория управления трудовыми ресурсами рекомендует при отборе кандидатов обращать внимание на ряд моментов: 1) физические характеристики - здоровье, внешность, манеры; 2) образование и опыт; 3) интеллект - способность быстро схватывать суть проблемы; 4) интересы (то, что может характеризовать личность кандидата); 5) диспозицию (лидерство, чувство ответственности, общительность); 6) личные обстоятельства (как работа будет влиять на личную жизнь). Если используется тестирование, оно должно сочетаться с другими методами отбора кандидатов на должность.

Способность руководителя к выполнению связанных с его работой задач может быть определена применяемым в негосударственном секторе здравоохранения методом моделирования.

1-я модель: управляющий гипотетическим подразделением, который в течение 3 ч должен принимать решения - отвечать на деловые письма, реагировать на различную информацию.

2-я модель: имитация собрания организации без председательствующего. Кандидатов оценивают по таким характеристикам, как умение выступать, настойчивость, навыки межличностных отношений.

3-я модель: устные доклады, исполнение заданной роли, психологические тесты. ? !

Работа с кадрами заключается не только в мероприятиях по набору работников. Можно выделить следующие методы, используемые для развития потенциала работников:

1) усиление профессиональной ориентации;

2) адаптация в коллективе как процесс обучения, осознания того, что важно для этой организации и ее подразделений;

- 3) оценка профессиональной деятельности;
- 4) действие системы вознаграждений;
- 5) профессиональная подготовка и обучение, повышение квалификации и переквалификация;
- 6) продвижение по службе.

Экономический анализ занятости медицинского персонала представлен в табл. 13.

При *оценке результатов деятельности* важно соблюдать определенные правила. Наиболее часто работа подчиненного оценивается его непосредственным начальником. Чаще трудности у руководителя возникают, когда он должен сообщить подчиненному о негативной оценке работы. Начальник должен владеть техникой общения и помнить несколько правил. *1-е правило:* руководитель должен четко понимать различие между критикой и оценкой работы - критика - не самый эффективный способ информирования подчиненных о недостатках в их работе. *2-е правило:* давать оценку работе подчиненного нужно не раз в год, а когда это необходимо - так часто, как требует ситуация. *3-е правило:* не следует обсуждать вопрос об оценке результатов деятельности и зарплате одновременно.

Таблица 13. Показатели и этапы экономического анализа занятости медперсонала

Предпринимательские способности кадров можно оценить по следующим показателям:

- проявление инициативы по соединению ресурсов в единый процесс производства;
- принятие основных инновационных решений;
- стремление вводить в производственную деятельность новые технологии и новые формы организации труда;
- умение принимать решения, связанные с предпринимательским риском.

Оценка деятельности работника проявляется и в продвижении его по службе, занятии руководящих должностей. Выполнение функций руководителя требует подготовки. К методам подготовки управленческих кадров относятся: организация лекций, дискуссий в составе небольших групп; разбор конкретных деловых ситуаций; чтение специальной профессиональной литературы; проведение деловых игр; ролевой тренинг.

Производительность труда на уровне одного работника характеризует результаты, достигнутые им в единицу времени. В здравоохранении приняты количественные натуральные показатели (число посещений, процедур, исследований, пролеченных больных), которые соотносятся с затратами живого труда и используются в качестве характеристики производительности труда. Стоимостные показатели производительности труда могут выражаться через стоимость оказанных медицинских услуг. Трудовые показатели характеризуют производительность труда через его затраты на выполнение единицы работ. Таким образом, трудоемкость - показатель, обратный производительности труда.

Эффективность трудовых затрат - *производительность труда* - зависит от разных факторов (организации труда, технологий лечебного процесса, стимулирования труда и др.). Для коммерческих учреждений здравоохранения и бюджетных, оказывающих в том числе платные услуги, производительность труда можно рассчитать следующим образом:

где: чистая прибыль - прибыль, после уплаты налогов и процентов за кредит (если он был), а также других первоочередных платежей (арендная плата, отчисления в вышестоящие структуры и пр.); среднесписочное число работников - среднеарифметическое от числа работников ЛПУ за 12 мес.

Производительность труда можно классифицировать следующим образом (Ф.Н. Кадыров, И.П. Петриков, 1995):

- 1) *по форме выражения результатов:*
 - натуральные,
 - стоимостные;

2) по способу выражения:

- прямые,
- обратные;

3) по уровню производительности:

- труда одного работника,
- труда работников подразделений,
- труда работников медицинских учреждений, ;'
- труда работников здравоохранения в целом,
- общественного труда;

4) по полноте охвата:

- частные,
- общие;

5) по учету живого и овеществленного труда по затратам:

- живого труда,
- овеществленного труда,
- всего (совокупного) труда.

В отличие от производственных отраслей в здравоохранении повышение фондоемкости не всегда приводит к увеличению затрат на единицу полезного эффекта (например, при диагностике использование дорогостоящего оборудования не влияет на объем оказанных услуг).

Правильнее оценивать полезный эффект в посещениях, койко-днях, пролеченных пациентах и т.д.

Экономическая эффективность использования коечного фонда ЛПУ понимается как степень его рационального и целевого использования (схема 5).

Коэффициент рационального использования коечного фонда (K_r) можно рассчитать следующим образом:

Схема 5. Эффективность использования коечного фонда ЛПУ (по А.В. Азарову, 1999) где: O_f - фактический оборот койки; O_n - нормативный оборот койки; I_c - целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (количество дней в году); I_r - фактическая занятость коечного фонда (количество дней в году); A_j - фактическая средняя длительность госпитализации; I_n - норматив занятости койки; A_n - норматив длительности госпитализации.

Приведем пример расчета эффективности использования коечного фонда.

Рассмотрим деятельность ревматологического отделения стационара, приняв следующие условия:

I_n - 330 дней, A_j - 16,2 дня, I_r - 345 дней, A_n - 18 дней.

В этом случае:

В нашем примере коэффициент рационального использования коечного фонда ревматологического отделения стационара составил 0,94.

Чтобы найти коэффициент эффективности использования коечного фонда, нужно знать также показатель целевого использования этого фонда (K_c). Формула его расчета:

$$k_c = i_c / i_r.$$

I_c - целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (количество дней в году) определяется экспертным путем и выражает обоснованность госпитализации больных, т. е. использование коечного фонда по целевому назначению. Если, например, $I_c = 242$ дня, а $I_r = 345$ дней, тогда

$$K_c = 242 : 345 = 0,7.$$

Коэффициент эффективности использования коечного фонда:

$$K_z = K_r * K_c = 0,94 * 0,7 = 0,66.$$

В нашем примере эффективность использования коечного фонда стационара равна 66%.

Можно продолжить анализ и найти экономический ущерб вследствие неэффективного использования коечного фонда:

Величина экономического ущерба вследствие нецелевого использования фонда (руб.), $\chi(1 - K_3)$.
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (руб.)

Предположим, что сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда отделения, равна 4 млн руб. в год. $IC^{\wedge} = 0,66$. Тогда экономический ущерб составит: 4,0 млн руб. $\chi(1 - 0,66) = 1,36$ млн руб.

Таким образом, потери стационара составили 1,36 млн руб. только в одном ревматологическом отделении.

В здравоохранении особенно важно правильно выбрать критерии, отражающие результаты труда, иначе говоря, учитывать не только количественные, но и качественные показатели (при высокой загрузке койки может быть мало вылеченных больных; в то же время большое количество вылеченных больных может объясняться высокой заболеваемостью в регионе и т.д.).

Довольно трудно экономически оценить уровень здоровья. В качестве одного из критериев принято использовать экономию рабочего времени за счет снижения заболеваемости работоспособного населения - восстановление трудоспособности. Для детей, инвалидов и пенсионеров используется такое понятие, как жизнеспособность (однако в этом случае говорят не столько об экономической, сколько о социальной эффективности).

Определить порог рентабельности, т. е. самоокупаемости ЛПУ можно в расчете в среднем на 1 медицинскую услугу с учетом переменных и постоянных издержек:

Порог рентабельности = $FC / P_i - VC_{i5}$

где FC - постоянные издержки; P_i - цена i -й медицинской услуги; VC_j - переменные издержки i -й медицинской услуги.

Приведем пример расчета порога рентабельности ЛПУ. Дано: $FC = 13\ 564\ 000$ руб.; $P_i = 3500$ руб.; VC на 1 услугу = 2000 руб. Тогда порог рентабельности составит: $13\ 564\ 500 / (3500 - 2000) = 9043$ усл./год. Значит, если ЛПУ будет оказывать 9043 медицинские услуги в год, оно окупит затраты на собственное содержание и на лечебный процесс, т. е. окупит сумму издержек: $FC + VC = TC$. Деление издержек на FC и VC условно и рассматривается только в краткосрочном периоде.

В медицинской организации такой расчет легче провести, когда бюджетная деятельность отделена от внебюджетной, показатели деятельности фиксируются на отдельном специальном счете и бухгалтерский учет также ведется отдельно. Однако это не означает, что, получив доходы из разных источников и покрыв издержки, ЛПУ не может сгруппировать эти данные и провести экономический анализ порога рентабельности.

Порог рентабельности отражает тот факт, что ЛПУ своими доходами окупает все свои расходы. Таким образом, ЛПУ возвращает затраты и работает тем эффективнее, чем величина выручки выше точки самоокупаемости; обратное свидетельствует об убытках.

Важными показателями эффективности, особенно в условиях платной медицинской деятельности, являются различные *финансовые коэффициенты*. Платная медицинская деятельность позволяет накапливать собственные финансовые средства, что делает положение ЛПУ более устойчивым и одновременно маневренным.

Одним из важнейших показателей финансовой устойчивости является *положительный баланс*, т. е. такое состояние работы организации, при котором нет превышения расходов над доходами.

Баланс представляет собой сводное формирование всех активных и пассивных счетов, отражающее состояние медицинской организации на день составления (на

последний день года). В одной части или стороне баланса (активе) фиксируются средства, которыми располагает данная структура здравоохранения, в другой (пассиве) - источники этих средств.

Актив баланса:

- денежная наличность;
- ценные бумаги;
- запасы товарно-материальных ценностей;
- долгосрочные инвестиции;
- реальный основной капитал;
- амортизация;
- нетто-основной капитал (т. е. реальный основной капитал минус амортизация);

Пассив баланса:

- краткосрочные кредиты;
- прочие статьи краткосрочной задолженности;
- долгосрочный заемный капитал;
- акционерный уставный капитал;
- резервы и фонды;
- накопленная прибыль.

Соединение балансовых статей в разделы и группы подчиняется определенному принципу, положенному в основу экономической классификации хозяйственных средств и источников:

- по их функциональной роли в процессе воспроизводства;
- по скорости оборачиваемости средств и способам переноса стоимости на продукт (т. е. на медицинскую услугу);
- по назначению и способам использования.

Оценка статей баланса имеет существенное значение для повышения достоверности обобщаемой информации. Искажая стоимостную оценку хотя бы одной статьи бухгалтерского баланса, мы будем вынуждены автоматически изменять оценку других статей, так как в противном случае нарушается равенство итогов актива и пассива. Ликвидность баланса медицинской организации - это возможность превращения активов в денежную форму (коэффициенты финансовой устойчивости приведены в гл. 2).

К таким активам относятся: а) денежные средства на счетах и в кассе; б) материалы и предметы потребления; в) дебиторская задолженность; г) причитающийся процент (по облигациям, акциям, со сданной в аренду недвижимости) и др.

Например, баланс считается абсолютно ликвидным, если денежные средства на счетах и в кассе больше или равны задолженности по оплате труда, по социальному страхованию и обеспечению, а также задолженности перед бюджетом и внебюджетными фондами (это все - наиболее срочные обязательства).

В совокупности показатели финансовой устойчивости характеризуют:

- достаточность сформированных резервных средств;
- надежность размещения финансовых ресурсов;
- достаточность уставного капитала.

Эффективность использования ресурсов в финансовом выражении характеризует: финансовый результат, уровень расходов и уровень доходов по капиталовложениям, если таковые имели место.

Показатели деловой активности ЛПУ характеризуются скоростью оборота активов: чем она выше, тем эффективнее выбранная стратегия деятельности. Эти показатели анализируются с использованием следующей формулы:

Показатель оборачиваемости активов нужно рассматривать в динамике; он должен расти из года в год.

Для достижения финансовой устойчивости резервы, как свидетельствует мировой опыт, должны составлять не менее 25% от суммы расходов.

Если в результате проведенного экономического анализа выводы оказались неудовлетворительными, необходимо составить и реализовать *план оздоровления финансового состояния* медицинской организации. Он может включать следующие мероприятия:

- увеличение размера уставного капитала и других собственных средств;
- ликвидацию убытков прошлых лет;
- эффективную инвестиционную деятельность;
- сокращение расходов на ведение дела;
- увеличение объемов предпринимательской деятельности (например, платной медицинской деятельности) и доходов от нее;
- пересмотр цен на медицинские услуги, приближение себестоимости к реальным затратам ЛПУ и, если этому способствует рыночная конъюнктура, увеличение доли прибыли в цене;
- представление налоговых льгот лечебным учреждениям в условиях недофинансирования;
- экономия имеющихся ресурсов ЛПУ;
- более широкое внедрение и развитие медицинского лизинга;
- разрешение более свободно пользоваться арендной платой и формировать фонд амортизации как временно свободный источник денежных средств;
- улучшение механизма взаимодействия федерального, регионального бюджетов и средств ОМС, других источников финансирования с тем, чтобы сбалансировать объемы гарантированной бесплатной медицинской помощи с реальными финансовыми средствами;
- стимулирование развития деятельности общественных небанковских кредитных организаций, которые бы предоставляли ссуды на оплату дорогостоящей медицинской помощи.

Удовлетворительная же финансовая ситуация проявляется в правильных денежных взаимоотношениях ЛПУ с партнерами, и прежде всего в своевременности платежей.

Своевременность выполнения обязательств характеризуется:

- соблюдением сроков оплаты счетов, предъявляемых организации здравоохранения;
- отсутствием просроченной дебиторской и кредиторской задолженности;
- отсутствием штрафов и пеней за просрочку платежей в бюджеты всех уровней и во внебюджетные фонды;
- отсутствием нарушения финансовой дисциплины.

Такого положения могут достичь как негосударственные ЛПУ, так и бюджетные структуры. В этом случае организации здравоохранения должны занять активную позицию по отстаиванию своих прав в вопросах финансирования и самофинансирования.

Кроме того, эффективность управленческих решений в финансовой области (прежде всего, это важно для ценообразования) можно определить, применяя систему «директ-костинг». Ее суть состоит в том, что себестоимость учитывается и планируется только в части переменных издержек, т. е. лишь переменные издержки (VC) распределяются по носителям затрат. Оставшуюся часть издержек (постоянные издержки - FC) отражают в бухгалтерском учете на отдельном счете, в калькуляцию не включают, а в конце отчетного периода (как затраты периода) их списывают на финансовые результаты, т. е. учитывают при расчете прибылей и убытков за отчетный период.

Ряд исследователей обоснованно считают, что использование системы «директ-костинг» кардинально меняет не только отечественную концепцию калькулирования, но и подходы к расчету и учету финансовых результатов. Применяемая в рамках этого метода схема построения отчета о доходах (как правило, двухступенчатая) содержит 2 финансовых показателя: маржинальный доход (сумма покрытия) и прибыль.

Маржинальный доход - это разница между выручкой от реализации продукции и переменной себестоимостью, рассчитанной в системе «директ-костинг».

В системе управленческого учета, как уже ранее говорилось, издержки любой организации обычно делятся на переменные и постоянные. Это издержки (или затраты) ЛПУ, сгруппированные с целью экономического анализа затрат, входящих в себестоимость медицинской услуги.

К переменным издержкам, напрямую зависящим от объема реализации услуг фирмы, можно отнести стоимость израсходованных на лечение материалов, услуг сторонних организаций, заработную плату врачей с начислениями на нее. В системе «директ-костинг» эти статьи затрат будут учтены при калькулировании себестоимости одной медицинской услуги.

Постоянными издержками для фирмы являются заработная плата управленческого, младшего медицинского и хозяйственного персонала, кассиров (с отчислениями во внебюджетные фонды), арендная плата за производственное помещение, амортизация оборудования, хозяйственные расходы, расходы по охране и рекламе. Размер этих издержек практически не зависит от деловой активности фирмы, они не участвуют в калькулировании.

Проиллюстрируем сформулированные положения примером из деятельности фирмы, оказывающей платные стоматологические услуги 3 видов: терапевтические, хирургические и ортопедические. В табл. 14 приведена информация о деятельности фирмы за определенный период, полученная при применении традиционного для отечественного учета метода.

Для расчета показателей рентабельности постоянные издержки предварительно были распределены между всеми видами деятельности пропорционально доле выручки от реализации хирургических, терапевтических и ортопедических услуг.

В табл. 15 представлен отчет о деятельности фирмы за тот же период, составленный с помощью системы «директ-костинг»: сумма постоянных расходов не распределяется между отдельными видами услуг, а показывается в отчете отдельной строкой. В этом случае хорошо видно ее влияние на величину прибыли. Преимуществом является то, что в отчете отражены расходы фирмы по оказанию отдельных видов услуг независимо от размера постоянных расходов. Например, по результатам калькулирования полной себестоимости (см. табл. 14) следует вывод: перспектива фирмы - в развитии ортопедического и терапевтического направлений (терапевтические услуги более чем в 6,2 раза, а ортопедические - в 12,4 раза выгоднее хирургических). Однако этот вывод опровергается результатами калькулирования по системе «директ-костинг» (см. табл. 15): наиболее выгодным оказывается хирургическое направление (рентабельность - 227%), наименее перспективным - ортопедическое (76%).

Таблица 14. Данные о деятельности фирмы при традиционном методе учета

Таблица 15. Данные о деятельности фирмы по системе «директ-костинг»

Таким образом, для принятия решения о направлениях развития бизнеса и при решении других управленческих задач система «директ-костинг» оказывается предпочтительнее, чем расчеты, основанные на калькулировании полной себестоимости. Это позволяет более оперативно манипулировать затратами, а следовательно, и ценой медицинской услуги.

Отношение результатов к полным затратам характеризует эффективность использования всех ресурсов. *Рентабельность работы медицинской организации* - это отношение прибыли, полученной ЛПУ к среднегодовой стоимости основных фондов и оборотных средств (или к себестоимости). Себестоимость - издержки на получение единицы услуг.

Эффективность использования основных фондов ЛПУ можно определить с помощью показателя фондоотдачи:

Фондоотдача может быть выражена как в натуральном, так и в стоимостном выражении. Обратный ему показатель - фондоемкость: размер материальных затрат на единицу показателя результата.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы основные цели и задачи экономического анализа работы медицинской организации?
2. Перечислите важнейшие виды экономического анализа и кратко охарактеризуйте их.
3. Как с помощью экономического анализа определить хозяйственную ситуацию, в которой находится ЛПУ?
4. Почему в экономическом анализе такое важное место занимают финансовые вопросы?
5. Что такое система «директ-костинг»?

ЗАДАНИЕ 1

Рассчитайте выручку от реализации платных медицинских услуг, если хирургическое отделение за год оказывает 328 таких услуг, а среднестатистическая цена 1 услуги составляет 3000 денежных единиц (д. ед.).

ЗАДАНИЕ 2

Определите, к какому виду учета - бухгалтерскому или управленческому - относятся следующие: регистрационный; аналитический; учет требует точности «до копейки»; форма определяется потребностями руководства организации.

ЗАДАНИЕ 3

Определите порог рентабельности и постройте график точки нулевой прибыли. Условия: переменные затраты (VC) - 1100 д. ед. Постоянные издержки (FC) - 860 д. ед.

Объем медицинских услуг за рассматриваемый период (Q) - 4000 услуг. Цена одной услуги (P) - 0,5 д. ед.

ЗАДАНИЕ 4

Определите величину реально ожидаемого дохода ЛПУ в результате выполнения программ ОМС: Анализ доходов и расходов ЛПУ (в д. ед.).

ГЛАВА 18. МАРКЕТИНГ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Понятие маркетинга. Исторические этапы развития маркетинга. Коммерческий и некоммерческий маркетинг в здравоохранении. Социальный маркетинг. Маркетинг услуг. Концепции маркетинга. Предпосылки развития маркетинга в здравоохранении. Реклама. Маркетинговая деятельность ЛПУ. Маркетинговая служба ЛПУ.

Известно более 2000 различных формулировок и определений маркетинга. Можно выделить 3 аспекта в концепции маркетинга, имеющих соответствующие названия:

- активный (операционный маркетинг);
- аналитический (стратегический маркетинг);
- идеологический (образ мышления).

В целом концепция маркетинга основывается на теории индивидуального выбора, исходящего из принципа приоритета потребителя. Следовательно, маркетинг является социальным выражением и переводом в операционные термины менеджмента принципов, выдвинутых в классической экономике еще в 1776 г. Адамом Смитом.

В соответствии с ними, в основу рыночной экономики положены следующие составляющие:

- Люди стремятся получить вознаграждение от жизни.
- Вознаграждение определяется индивидуальными предпочтениями, при этом экономическая система плюралистична и должна уважать разнообразие вкусов и предпочтений.
- Наличие свободного и конкурентного обмена, что помогает достигать намеченные цели наилучшим образом.
- Механизмы рыночной экономики основаны на принципах индивидуальной основы и приоритета потребителя.

Исходя из основных принципов рыночной экономики, выделяют 3 области маркетингового действия:

- потребительский маркетинг;
- индустриальный маркетинг;
- социальный маркетинг.

На наш взгляд, одним из удачных определений маркетинга является следующее: «Маркетинг - это социальный процесс, направленный на удовлетворение потребностей и желаний людей и организаций путем обеспечения свободного конкурентного обмена товарами и услугами, представляющими ценность для покупателя» (LambinJ.).

Маркетинговая деятельность возникла с момента появления обмена, но систематическое формирование принципов маркетинга началось на рубеже XIX-XX веков. Возникнув в США как одно из направлений экономических исследований и управленческой практики, маркетинг рассматривался в качестве одного из важнейших элементов рыночной экономики.

Американские ученые R. Tedlow и J. Jones в 1993 г. выделили 3 фазы в хронологии развития маркетинга в США. В более поздних работах R. Tedlow отметил переход в 4-ю фазу развития маркетинга - фазу стратегического маркетинга (табл. 16).

Другие авторы, исходя из объективных законов рыночной экономики, выделили такие этапы эволюции маркетинга: 1-й - с конца XIX столетия до Великой депрессии 1929-1933 гг., когда доминирующим приоритетным фактором выступало производство; 2-й - с середины 30-х до середины 80-х годов прошлого века, когда определяющими факторами были ориентация на продажу товаров и услуг, а затем ориентация на потребителя; 3-й - с конца 80-х годов прошлого столетия - стратегический маркетинг, который стал направляться на сочетание учета интересов производителей, потребителей и общества в целом.

Ряд ученых объясняют смену этапов эволюции маркетинга объективными факторами воспроизводственного характера (Валовая М.Д.).

Первый фактор - постепенное повышение степени зрелости рынка, укрепление в нем регулирующего начала и появление современного социально-ориентированного рыночного хозяйства. При воздействии этого фактора ориентация маркетинга как одной из функций управления стала достаточно гибкой и начала адекватно отвечать ситуации в области спроса и предложения.

Таблица 16. Фазы эволюции маркетинга в США

Второй фактор - существование больших циклов (длинных волн) экономической конъюнктуры, открытых Н.Д. Кондратьевым (1925). Основываясь на историческом анализе скорости появления изобретений и нововведений за последние 200 лет, С. Marchetti в 1982 г. сделал вывод о том, что они проявляются волнами, имеющими заданную конфигурацию и частоту: вслед за волнами изобретений с определенным временным интервалом следуют волны нововведений. Ряд других исследователей (PrudenH., 1978; Bossier и Hуге, 1981) подтвердили идеи Н.Д. Кондратьева о том, что «перед началом повышательной волны каждого большого цикла, иногда в самом начале ее, наблюдаются значительные изменения в условиях хозяйственной жизни общества. Эти изменения обычно выражаются... в значительных технических изобретениях и открытиях, глубоких изменениях техники производства и обмена, изменении денежного обращения, усилении роли новых стран в мировой хозяйственной жизни и т.д.». С середины 80-х годов XX века мир находится в «повышательной» фазе новой большой волны, а такие периоды, как правило, значительно более насыщены крупными социальными потрясениями в жизни общества (революции, войны), чем периоды «понижательных» волн. Социальные трансформации в бывшем СССР, социалистических странах Восточной Европы, объединение Германии и другие факты подтверждают эту гипотезу.

Фазы эволюции маркетинга совпадают как с этапами развития рыночной экономики, так и с периодами больших волн, при этом в начале «повышательных» периодов каждого очередного большого цикла, когда наиболее высок уровень социальных изменений, появляются новые формы маркетинга. В начале 50-х годов XX века был поставлен вопрос об использовании маркетинга как социальной техники, и инструменты классического маркетинга стали применяться для социальной ориентации сферы производства и предоставления услуг.

Опираясь на объективный анализ, ряд авторов прогнозируют появление еще более совершенной концепции маркетинга, адаптированной к новым условиям. При этом делается вывод, что маркетинг, как и государственное регулирование, не может ликвидировать противоречия рыночной экономики, отменить ее циклический характер, однако, применяя технологии социального маркетинга, можно значительно ослабить их негативное влияние на экономическую и социальную сферы общества и минимизировать неизбежные при этом издержки.

Некоторые теоретики решили расширить концепцию классического маркетинга, сделав больший акцент на социальных последствиях любой экономической деятельности. Так, Ph. Kotler и G. Zaltman предложили концепцию социального маркетинга, согласно которой задачей организации является определение потребностей, желаний и интересов целевых рынков и обеспечение их удовлетворения путем более эффективным и экономичным по отношению к конкурентам, но в то же время сохраняющим и повышающим благосостояние общества и отдельных потребителей. Эта концепция базируется на 3 исходных гипотезах:

1. Желания потребителей не всегда совпадают с их долгосрочными интересами, а также с интересами общества в целом.

2. Потребители предпочитают организации, демонстрирующие истинную заботу об удовлетворении их желаний и нужд и об их благополучии, а также о благополучии общества в целом.

3. Главная задача организации состоит в том, чтобы адаптироваться к целевым рынкам, обеспечивая, таким образом, не только удовлетворение желаний и нужд, но также индивидуальное и коллективное благополучие с тем, чтобы привлечь и сохранить покупателей.

По мнению D. Вагге (1995), *социальный маркетинг* - это концепция заимствования инструментов классического маркетинга, традиционно используемых для продажи различных потребительских товаров, для попыток изменить в нужном направлении поведение целевой аудитории. Исходя из этого определения, можно выделить несколько важнейших компонентов, которые должны быть включены в план проведения кампании по социальному маркетингу:

- идентификация потребностей (нужд) целевой аудитории;
- развитие коммуникаций;
- предварительное тестирование потребителей (анкетирование, интервьюирование);
- кампания по пропаганде и рекламе социально значимого мероприятия;
- анализ последствий проведения кампании по изменению поведения целевой аудитории.

При проведении мероприятий по социальному маркетингу особый акцент необходимо делать на последнем этапе, который можно назвать специальным инструментом всей проводимой кампании, так как только на этом этапе можно судить, насколько эффективной была вся работа, проведенная с целевой аудиторией.

По определению J. Shewchuk (1992), социальный маркетинг в широком смысле - это продажа идей, а в более узком - создание, выполнение и контроль за программами, разработанными для того, чтобы оказать влияние на социальные перемены. Исходя из своего опыта, ученый также предлагает использовать многочисленные методы и приемы коммерческого маркетинга: от оценки потребностей и нужд целевой аудитории до сегментации рынка по группам потребителей. При этом он выделяет два ключевых момента в проведении социального маркетинга для любой организации: план и тактика проведения мероприятий по социальному маркетингу должны проходить организованно, но только постепенно - «шаг за шагом».

Таким образом, внедрение идеи тоже можно предлагать для продвижения в рамках системы маркетинга. Практически любой вид маркетинга - это маркетинг идеи. Если речь идет об идее общественного характера, то такой маркетинг называют общественным, или социальным (Kotler Ph., Mindak W., 1978).

С учетом этого возможно еще одно определение *маркетинга*: это разработка, претворение в жизнь и контроль выполнения программ, цель которых - добиться восприятия целевой группой социально значимой идеи, движения или практики.

Таким образом, конечная цель социального маркетинга (в отличие от классического) - долгосрочное благополучие потребителей (индивидуальных и общества в целом), а не просто удовлетворение их краткосрочных нужд.

Для достижения максимального эффекта в процессе социального маркетинга используются:

- 1) сегментирование рынка;
- 2) изучение потребителей;
- 3) разработка замысла продвижения социально значимой идеи;
- 4) разработка плана использования коммуникаций (общие, выборочные, персональные);
- 5) отработка приемов обеспечения внедрения идеи в практику;
- 6) использование стимулов и приемов теории обмена. Целями социального маркетинга могут быть:
 - достижение понимания необходимости внедрения социально значимой идеи;
 - побуждение к единовременному действию;
 - стремление изменить поведенческие привычки;

- изменение основополагающих представлений, существовавших ранее. Выделим этапы проведения социального маркетинга:

- 1) формирование целей;
- 2) анализ убеждений, отношений, ценностных представлений и поведенческих проявлений, имеющих в обществе;
- 3) анализ основных факторов, влияющих на достижение поставленной цели;
- 4) систематизация мероприятий (идей), которые будут способствовать достижению цели;
- 5) оценка вариантов коммуникации и ее распространения на целевом рынке;
- 6) разработка плана маркетинга и структуры службы для его претворения в жизнь;
- 7) разработка методики постоянной оценки достигнутых результатов и принятия корректирующих решений.

Для восприятия сути маркетинга рассмотрим следующие термины: нужда, потребности, запросы, товар, обмен, сделка.

Нужда - чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо. Это могут быть физиологические, социальные и личные нужды. Если нужда не удовлетворена, человек чувствует себя обездоленным и несчастным (например, парализованный больной нуждается в уходе другого человека).

Потребность - это нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида (например, больной человек испытывает потребность в определенном лекарстве и т.д.). Производители товара пытаются сформировать связь между тем, что они выпускают, и нуждами людей.

Запрос - это потребность, подкрепленная покупательной способностью. Ресурсы для удовлетворения потребностей ограничены, поэтому человек будет выбирать те услуги или товары, которые доставят ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей (например, женщина, страдающая заболеванием вен нижних конечностей, купит себе, прежде всего, специальные лечебные чулки, рекомендованные врачом).

Товар - все, что может удовлетворить потребность или нужду, и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления. Помимо изделий и услуг, это могут быть места, организации, виды деятельности и идеи. В широком смысле термин «товар» можно заменить на «средство возмещения», «предложение». В здравоохранении - это медицинские услуги, изделия фармацевтической промышленности, технологии лечения и др.

Сделка - коммерческий обмен ценностями между 2 сторонами. Сделка предполагает наличие, по меньшей мере, 2 ценностно-значимых объектов; согласованных условий ее осуществления; а также согласованных времени совершения и места проведения. Понятие «сделка» непосредственно связано с понятием «рынок».

На современном этапе существуют определенные подходы к достижению оптимального соотношения спроса и предложения в организациях сферы услуг.

Воздействие на спрос может осуществляться через: 1) установление скидок на время пониженного спроса; 2) намеренное культивирование спроса в периоды его спада (так, санатории стали предлагать программы мини-отпуска на осенне-зимний период); 3) введение систем предварительных заказов.

Воздействие на предложение возможно путем: 1) привлечения временных служащих в периоды максимального спроса (например, в случае необходимости тот же санаторий берет на временную работу дополнительное число медсестер); 2) установления особого режима работ в период максимальной загрузки; 3) разработки программ предоставления услуг совместными силами нескольких структур (в частности, лечебно-профилактических).

Предложение и спрос в здравоохранении объективно зависят от мощности медицинских учреждений. Небольшие ЛПУ с минимальным ассортиментом услуг должны стимулировать спрос для того, чтобы занять персонал и получить доходы. Крупные

медицинские организации с широким ассортиментом услуг должны иметь значительное число специалистов, развитые вспомогательные службы. В условиях рыночных отношений ЛПУ должны в большей степени самостоятельно принимать решения по следующим вопросам: какие медицинские услуги следует производить; в каком количестве, когда, где, какие технологии должны быть использованы; какой персонал и в каком количестве должен быть задействован.

Исходя из рассмотренных выше понятий, характеризующих суть маркетинга, можно сделать вывод о том, что маркетинговая деятельность учреждений здравоохранения сложна и многогранна. Так как одной из основных целей любой медицинской организации, производящей платные услуги, является увеличение объема продаж и получение максимальной прибыли, то вопрос совершенствования хозяйственной деятельности является основополагающим в процессе управления производственно-бытовой деятельностью конкретного ЛПУ.

Существует 5 концептуальных подходов, на основе которых организации могут вести свою маркетинговую деятельность.

1. Концепция совершенствования производства.

Эта концепция утверждает, что потребители будут благодетельны к тем товарам и услугам, которые широко распространены и доступны по цене. В связи с этим усилия руководства должны быть направлены на совершенствование производства и рост эффективности системы распределения. Применение концепции целесообразно в 2 ситуациях: когда спрос на товар или услугу превышает предложение и следует сосредоточиться на изыскании способов увеличить производство или когда себестоимость товара или услуги слишком высока, и ее необходимо снизить, для чего требуется повышение производительности.

2. Концепция совершенствования товара.

По этой концепции, потребители будут благосклонны к товарам и услугам наивысшего качества, с лучшими эксплуатационными свойствами и характеристиками, а следовательно, энергия производителя должна быть сосредоточена на постоянном их совершенствовании.

Например, в прошлом шприцы, системы для переливания крови, иглы и другой медицинский инструментарий применялись многократно, проходя повторную стерилизацию; такая система удовлетворяла и пациентов, и врачей. Сегодня интенсивное распространение вируса СПИДа показывает некачественность услуг, которые осуществляются устаревшим медицинским инструментарием, и заставляет медицинскую промышленность переходить на выпуск одноразовых шприцев, игл и систем для переливания крови, так как их использование дает большую гарантию того, что заражения вирусом СПИДа не произойдет.

3. Концепция интенсификации коммерческих усилий.

Руководствуясь этой концепцией, управляющий экономической деятельностью современного ЛПУ должен осознавать, что потребители не будут покупать товары (услуги) организации в достаточных количествах, если она не предпримет значительных усилий в сфере сбыта и стимулирования.

4. Концепция целевого маркетинга. , ■

Эта концепция утверждает, что залогом успешной деятельности организации являются определение нужд и потребностей целевых рынков, обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и более продуктивными, чем у конкурентов, способами. I

Руководствуясь концепцией целевого маркетинга, организация интегрирует и координирует всю свою деятельность с расчетом на обеспечение удовлетворенности клиентов, получая прибыль именно благодаря созданию и поддержанию потребительской удовлетворенности.

Данную концепцию не следует путать с концепцией интенсификации коммерческих усилий. Коммерческие усилия по сбыту - это сосредоточенность на нуждах продавца, а целевой маркетинг - сосредоточенность на нуждах покупателя.

5. Концепция социально-этичного маркетинга.

Данная концепция исходит из того, что задачей организации являются установление нужд, потребностей и интересов целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными, чем у конкурентов, способами с одновременным сохранением или укреплением благополучия потребителя и общества в целом. Этой концепции придерживаются, например, предприятия, занимающиеся выпуском и реализацией экологически чистых продуктов питания, при потреблении которых негативное влияние на здоровье сведено к минимуму.

Концепция требует от участников рынка увязки в рамках политики маркетинга 3 факторов: извлечения прибыли, удовлетворения покупательской потребности, благосостояния общества.

Такая концепция маркетинга может быть в первую очередь использована в медико-индустриальном комплексе, вся деятельность которого должна быть направлена на качественное улучшение здоровья индивидуума в частности и

общественного - в глобальном масштабе. Благосостояние общества - понятие комплексное, и одной из составных его частей является общественное здоровье.

Во всех цивилизованных странах общественное здоровье классифицируется как общественный товар (или общественное благо), и ответственность за его формирование, качество и доступность лежит на государственных институтах, деятельность которых базируется на социально-ориентированной рыночной экономике, активно реализующей концепцию социально-этичного маркетинга.

Социальные мероприятия составляют неотъемлемую часть общественной среды. Они часто обусловлены пониманием того, что некоторые ситуации представляют собой социальную проблему, а потому их решение возможно в форме социальных акций. В то же время имеется ряд социальных систем, совершенно несправедливых к своим членам (например допускающих использование детского труда). Многие правительства остаются абсолютно невосприимчивыми к социальным нуждам имеющих групп риска населения, в частности уходят от решения проблем наркомании, борьбы с туберкулезом и т.д.

В обществе существует масса различных ситуаций, но только некоторые из них получают статус социальной проблемы. В общественном здравоохранении этот статус в большинстве случаев зависит от медицинских, экономических, политических аспектов решения проблемы, а также в значительной степени - от возможности мобилизации ресурсов для реализации инициатив.

Поскольку социальные проблемы слишком сложны и взаимосвязаны, их решение должно осуществляться в тесной взаимосвязи со спецификой социально-экономических, исторических, религиозных, культурных особенностей регионов. Часто при разделении общества на сегменты (социальные группы и слои) необходимо определить, какие группы наиболее уязвимы и менее социально защищены, чтобы начать обеспечивать социальные мероприятия в первую очередь для этой категории населения.

Некоторые проводимые социальные кампании предназначены лишь для того, чтобы помочь раскрыть на первом этапе объем и границы проблем, привлечь внимание к их этиологии, которая часто находится вне пределов восприятия общества или бывает запрещенным объектом для открытого обсуждения (табуизированные проблемы). Однако стремления обострить в общественном сознании понимание важности социальной проблемы бывает недостаточно для изменения социального отношения и поведения людей, формирующихся, наряду с другими факторами, на основе привычек, интересов, чувств, убеждений. Поэтому социальные мероприятия, нацеленные лишь на повышение уровня знакомства с проблемой, часто оказываются неэффективными именно вследствие «родственной» несовместимости.

Эти ограничительные особенности, а также успехи рекламы, проводимой «старыми» методами в коммерческой сфере, дали импульс для развития такого направления, как социальный маркетинг. Ph. Kotler и G. Zaltman в 1971 г. представили концепцию социального маркетинга, сочетающую традиционные подходы к проведению социальных изменений, принципы коммерческого маркетинга и рекламные методы. Авторы дали соответствующее определение *социальному маркетингу*. «Моделирование, осуществление (проведение в жизнь) и контроль за реализацией стратегических программ по изменению общественного поведения, нацеленных на повышение приемлемости (совместимости) социальной идеи на практике в одной или нескольких группах целевых потребителей».

Для этих целей полезно использовать *методы, применяемые в коммерческом секторе*:

- проведение исследования рынка;
- составление перечня исследуемых объектов;
- развитие социальных продуктов и сервиса, которые адресованы истинному потребителю;
- создание спроса на них посредством рекламы;
- реализация по ценам, которые позволяют сбыть услуги.

Разница между коммерческим и социальным маркетингом состоит не в методах использования, а в их содержании и объектах.

Социальный маркетинг - понятие намного более сложное, чем коммерческий; в то же время он порой менее эффективен, особенно если нацелен на изменение человеческих идей и поведения (например, рекламная кампания по предотвращению курения). Более того, маркетинг социального продукта с реальной (ощутимой) основой еще более сложен, чем, например, требования и условия по разработке идеи или концепции (понятия) продукта.

Коммерческий маркетинг, напротив, проще применить для изменения существующих схем представлений и поведения в определенном направлении (например, убедить потребителей в том, что определенная марка зубной пасты самая лучшая, но максимальный эффект может быть достигнут только при регулярной чистке зубов).

Социальный маркетинг оценивается по его значению для неосознанных (неощутимых) социальных продуктов, по воздействию на формирование идей и практики, в то время как коммерческий оказывает воздействие в основном на осознанные продукты (товары) или сервис (услуги).

Неотъемлемой частью идей является формирование убеждений о путях их возможного решения. Эти убеждения колеблются от уровня общемировых взглядов (например, религия) до культурных традиций одного региона, группы людей или даже одного индивидуума с собственным имиджем (Я - как идейный сторонник защиты окружающей среды).

Идеи включают в себя также отношение к людям, вещам, понятиям или событиям. Согласие или несогласие в большинстве случаев зависит от индивидуальных ценностей и жизненного опыта.

Социальный маркетинг как вид управленческой деятельности достаточно широко применялся в США при проведении антитабачной кампании, для решения вопросов, связанных со здоровым образом жизни, рациональным питанием, борьбой за чистую экологическую обстановку, образовательной реформой, привлечением иностранных инвесторов, увеличением числа рабочих мест и т.д. В таких странах, как Швеция, Канада и Австралия, социальный маркетинг используется в кампаниях против раннего старения (борьба с атеросклерозом), курения, излишнего употребления алкоголя, загрязнения окружающей среды. Эти кампании проводятся весьма успешно и дают ощутимые результаты. В развивающихся странах, таких, как Филиппины, Индонезия и Китай, к социальному маркетингу прибегают для проведения ранней иммунизации детей (до 1 года жизни) против опасных вирусных инфекций, а

также для планирования семьи, внедрения новых методов контрацепции, применения здоровой диеты, в Шри Ланке - для борьбы с лепрой и т.д.

Вопрос разработки программы использования социального маркетинга для развития ОМС в период развития рыночной экономики в России актуален в условиях, когда происходят демонополизация и разгосударствление в секторе здравоохранения. Сфера специализированных услуг, функционирование системы ОМС - это одно из звеньев системы государственного социального страхования.

Маркетинг услуг

Сфера услуг является одним из самых перспективных, интенсивно развивающихся направлений экономической деятельности. По мере совершенствования производства и насыщения рынка товарами растет спрос на услуги. Так, в США на сферу услуг приходится 73% рабочих мест, в ФРГ - 41%, в Италии - 35%, а общий оборот торговли услугами составляет сотни миллиардов долларов в год.

По определению американского специалиста Т. Хилла, *услуга* - это изменение состояния лица или товара, принадлежащего какой-либо экономической единице, происходящее в результате деятельности другой экономической единицы с предварительного согласия первой. Такое определение позволяет рассматривать услуги как конкретный результат экономически полезной деятельности и делает услугу предметом обмена или торговли, вследствие чего вновь встает вопрос о применении принципов маркетинга для более эффективной и экономичной их реализации. /

Маркетинг услуг - это процесс разработки, продвижения и реализации услуг, ориентированный на выявление специфических потребностей клиентов. Ключевыми понятиями в маркетинге услуг являются целевой рынок, польза для клиента и продвижение услуг. Специфика маркетинга услуг заключается в том, что он начал применяться относительно недавно, и самый сложный его аспект - создание благоприятных условий для их продажи. Отрасли сферы услуг чрезвычайно разнообразны. По своим целям они могут быть коммерческими или некоммерческими.

Государственная система здравоохранения в России - это одна из ведущих отраслей сферы производства услуг.

Основные различия по потреблению услуг разными сегментами рынка (разделенного на группы потребителей) заключаются в: 1) спросе на услуги; 2) объеме требуемых услуг; 3) сложности самих услуг в зависимости от потребностей и тяжести заболеваний в разных половозрастных группах.

Использование маркетинга в сфере услуг по прогнозам будет существенно возрастать в связи с:

- децентрализацией и снижением регулирования;
- появлением и ростом конкуренции среди ЛПУ, предоставляющих услуги;
- ростом числа специалистов, имеющих предпринимательскую подготовку.

Существуют 3 подхода к продвижению услуг:"*

1. Создание материального предоставления услуги.

2. Ассоциация неосязаемой услуги с осязаемым объектом.

3. Значительный акцент на взаимоотношениях между поставителем и потребителем услуг и, таким образом, отход от неосязаемости, а следовательно, повышение роли межличностного общения.

С учетом того, что ОМС и ДМС также относятся к сфере услуг, проанализируем коммерческий и некоммерческий (социальный) вид маркетинга, применяемого при том или ином виде страхования (табл. 17).

При выявлении различий мы исходили из социально-экономической сущности 2 видов страхования: ДМС - дополнительное коммерческое страхование, при этом основная цель - получение максимальной прибыли; ОМС - составная часть государственного некоммерческого социального страхования, при этом главная задача - обеспечение социальных гарантий государством населению по получению бесплатной

квалифицированной помощи в случае возникновения различных патологических состояний.

Маркетинг услуг в настоящее время из-за значительного роста их доли в валовом внутреннем продукте становится крайне необходимым элементом управления. В связи с проведением в Российской Федерации вертикальной и горизонтальной децентрализации в здравоохранении, а также возникновением различных форм собственности появляются альтернативные государственным ЛПУ поставщики медицинских услуг, что также требует применения принципов маркетинга для более эффективного использования имеющихся ресурсов и продажи услуг населению.

Наконец, внедрение медицинского страхования в обязательной и добровольной его формах требует разработки маркетинговой стратегии и подходов, причем при ОМС должен использоваться социальный маркетинг с целью получения социального эффекта при учете интересов как конкретных потребителей, так и общества в целом.

Исходя из определения и содержания маркетинга, маркетинговая деятельность (при любой степени насыщения рынка и не только в чисто рыночной

Таблица 17. Основные различия между коммерческим (в условиях ДМС) и некоммерческим (в условиях ОМС) видами маркетингаэкономической системе) способна корректировать поведение экономических субъектов, потребителей и производителей, с целью взаимной выгоды.

Направленность, структура и большая часть методов маркетинга имеют более общий характер и вполне могут применяться в сфере услуг в российской экономике, в частности в сфере производства медицинских услуг, и особенно в условиях функционирования системы ОМС.

Специфика применения практического маркетинга в российском здравоохранении следующая:

- Слабость конкуренции производителей медицинских услуг.
- Недостаточность производства и предоставления объемов некоторых медицинских услуг.
- Наличие неэкономических регуляторов рынка (в том числе и криминальных).
- Значительное влияние распределительных и перераспределительных отношений в здравоохранении.
- Разделение ресурсных потенциалов в условиях вертикальной децентрализации и повышение роли субъектов Федерации, а также укрепление местного самоуправления, внедрение ОМС и появление новых источников финансирования.
- Недостаточно совершенная законодательная база.
- Монополия на производство отдельных видов услуг (особенно дорогостоящих).

Необходимость *практического маркетинга* обусловлена тем, что его методы и инструменты позволяют более эффективно адаптировать систему ОМС к условиям окружающей социальной среды, и прежде всего к требованиям и запросам потребителей. В широком смысле он способен формировать рациональные потребности у потребителей.

Маркетинг, используемый в системе здравоохранения, необходимо понимать шире - а именно как концепцию влияния, как социальную технику. Таким образом, маркетинг преодолел свой специфический сбытовой характер и стал ключевой характеристикой в рамках управления общественным здравоохранением.

Как в коммерческом, так и некоммерческом маркетинге потребители могут:

- выбирать между предлагаемыми разными организациями услугами, поскольку их преимущества отличаются друг от друга;
- иметь различные причины для своего выбора (разные потребительские сегменты);
- испытывать либо удовлетворение, либо неудовлетворение от полученных услуг.

Организации занимаются маркетингом, чтобы реализовать свои услуги, идеи,

убеждения широкому слою потребителей (или какому-то сегменту). Однако без финансовой поддержки ни одна общественно-полезная деятельность долго продолжаться не может. Получение же финансовой поддержки возможно лишь через обмен.

К некоммерческим организациям относятся различные институциональные учреждения, которые имеют общественную значимость и полезность. К ним относятся и учреждения здравоохранения.

Основная задача для некоммерческих организаций - пропаганда общественной значимости и полезности их деятельности. Создавая благоприятное для себя общественное мнение, медицинские организации могут рассчитывать на

лучшее финансирование в связи с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг (в условиях ОМС, ДМС и платных услуг).

Организация общественного мнения - это управление маркетингом, перенесенное из сферы товаров или услуг на уровень общественно-полезной деятельности. Для его проведения необходимо прежде всего изучить нужды, потребности, вкусы и предпочтения целевой аудитории, ее технологическое состояние.

Специалисты в области создания, поддержания или изменения общественного мнения должны научиться:

- эффективно использовать систему коммуникаций;
- формировать необходимый образ организации;
- разрабатывать и реализовывать программы, которые изначально совпадают с интересами общества и направлены на изменение поведения представителей целевых групп в интересах организации.

Таким образом, деньги в некоммерческих организациях присутствуют, но не в виде прибыли, а как средство для выполнения задач и их жизнеобеспечения.

Остановимся на условиях, в которых находится сегодняшнее здравоохранение и в которых должны использоваться принципы маркетинга.

Здравоохранение РФ сложилось как государственная система, призванная обеспечить право граждан на бесплатную и доступную медицинскую помощь, но формирование рыночных отношений не могло обойти эту отрасль. Влияние рынка проявилось прежде всего в следующем:

- внедрении элементов коммерческой деятельности в практику здравоохранения;
- изменении объема платных услуг (в том числе ДМС);
- изменении экономического статуса ЛПУ;
- изменении характера экономических связей (хозяйствующий субъект);
- трансформации форм собственности и видов хозяйствования;
- изменении экономического положения самого медицинского работника.

В этих условиях была предпринята попытка провести реформу в здравоохранении: внедрить экономические методы управления, новый хозяйственный механизм, арендные отношения и хозрасчет. До 1992 г. удавалось компенсировать негативное воздействие макроэкономических факторов на отрасль. Затем произошла децентрализация системы управления отраслью, возросла роль субъектов РФ и, наконец, сами ЛПУ стали включаться в систему экономических взаимоотношений в обществе (до этого существовала жесткая регламентация органами государственного управления в вопросах планирования и финансирования, отсутствовала экономическая заинтересованность медицинских работников).

Расширение прав руководителей ЛПУ по управлению штатами и размерами должностных окладов, финансирование по нормативам, введение платных услуг и системы взаиморасчетов в условиях медицинского страхования несколько повысили экономическую самостоятельность ЛПУ.

Дальнейшее развитие рыночных отношений в здравоохранении ведет к поиску новых форм управления, финансирования и организации труда медицинских работников.

Следующим условием, позволяющим использовать принципы маркетинга в здравоохранении, становится внедрение принятого в 1991 г. Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», который является основой для развития отношений рыночного типа.

Во-первых, в нем предусмотрены возможности заключения договоров между страховыми организациями и ЛПУ, представленными разными формами собственности; вследствие этого финансирование может осуществляться через негосударственные структуры и, наоборот, государственные средства могут поступать в учреждения негосударственных форм собственности.

Во-вторых, учреждения здравоохранения смогут получить статус независимого хозяйствующего субъекта.

В-третьих, по закону гражданам предоставляется право на свободный выбор ЛПУ и врача в рамках договора о медицинском страховании.

В-четвертых, страховые медицинские организации имеют право на выбор ЛПУ (в том числе любых форм собственности), оказывающего квалифицированную и качественную медицинскую помощь населению.

Таким образом, новая социально-экономическая среда способствует развитию и использованию еще одного экономического ресурса ЛПУ - предпринимательства и предпринимательских способностей кадров здравоохранения, заключающихся в:

- проявлении инициативы по превращению имеющихся ресурсов в единый процесс производства;
- принятии основных инновационных решений; !
- стремлении вводить в производственную деятельность новые технологии и новые формы организации труда;
- умении принимать решения, связанные с предпринимательским риском.

Кроме того, условием использования маркетинга в здравоохранении является возможность интеграции коммерческих структур в общественное здравоохранение с использованием при этом по целевому назначению средств из государственного бюджета или фондов ОМС. Присущий другим товарным рынкам принцип (то, что выгодно для предпринимателя, выгодно и для общества в целом) практически не может быть формально перенесен на отрасль здравоохранения. Узкие критерии экономической эффективности далеко не всегда соответствуют критериям социальным. Частные коммерческие учреждения здравоохранения, как правило, не занимаются профилактикой заболеваний, медико-социальной помощью на дому, а предоставляют ограниченное количество медицинских услуг, имеющих наибольший спрос и дающих наибольшую прибыль.

Разработка маркетингового комплекса - это ключевое звено маркетинговой деятельности ЛПУ. Осуществляется она в следующей последовательности: разработка услуги; определение цены; реализация разработанной новой услуги или усовершенствованной старой. Существует несколько стратегий разработки и продвижения услуги.

Проникновение на рынок предполагает, что медицинская организация оказывает имеющиеся услуги существующим потребителям на заданных рынках.

Расширение рынка означает предложение имеющихся медицинских услуг новым потребителям.

Диверсификация - это предложение новых услуг новым потребителям.

Важный элемент маркетинга - вывод товара на рынок и его продвижение к потребителю. Это достигается с помощью коммуникативной политики организации. Выделяют следующие основные ее направления:

- реклама (коммерческая информация об услуге или учреждении, привлекающая к ним внимание и убеждающая в их достоинствах и преимуществах);

- стимулирование сбыта (активизация и поощрение покупателей с помощью ценовых скидок);
- пропаганда (проведение кампаний с целью изменения восприятия населением медицинских услуг).

Функции рекламы: информационная - связующее звено рынка медицинских услуг (между производителем медицинских услуг и потребителем); положительное психологическое восприятие медицинской услуги (товара) покупателем (пациентом); культурное и социальное воздействие на все общество (при условии, если это цивилизованная реклама).

Задача рекламы заключается в том, чтобы не только сообщить о продукте, услугах, товарах медицинского значения, но и вызвать необходимую реакцию потребителя.

Основными этапами проведения рекламы ЛПУ являются:

- 1) установление целей и задач рекламы;
- 2) установление ответственности (решить, кто отвечает за рекламу - собственное рекламное подразделение или внешнее рекламное агентство);
- 3) выбор каналов распространения рекламных посланий;
- 4) разработка рекламного обращения;
- 5) определение объема денежных средств, необходимых для рекламы;
- 6) оценка эффективности программы рекламной деятельности. Чтобы реклама была эффективной, необходимо:

- довести до сведения потенциальных пациентов, что данная услуга оказывается в вашем учреждении, что методы ее оказания имеют конкретные преимущества, что ее окажут по указанному адресу, по определенной цене;

- заставить пациента задуматься о возможности воспользоваться данной услугой, приводя доводы в пользу такого «приобретения» (рациональная реклама);

- пробудить желание воспользоваться данной услугой, вызвать мысленные представления о ее результатах.

Конечной целью рекламы, связанной с предоставлением платных медицинских услуг, считается увеличение доходов медицинской организации. Но в рекламной политике можно ставить и более конкретные задачи:

- формирование у пациентов определенного уровня знаний о медицинской услуге;
- формирование у пациентов определенного образа медицинской организации;
- побуждение потребителей обратиться в данную медицинскую организацию;
- побуждение потребителей к получению конкретной медицинской услуги;
- формирование у других медицинских организаций партнерских отношений.

Выбирая вид рекламы, нужно определить категорию пациентов, на которую она ориентирована. Например, реклама дорогих медицинских услуг (кос-метологических, сервисных и т.д.) может быть размещена в дорогих печатных изданиях.

В ЛПУ целесообразно организовать службу маркетинга со следующими задачами:

- комплексное изучение рынка общественного здоровья;
- обеспечение устойчивой реализации товаров и услуг;
- рыночная ориентация производства;
- анализ рыночной ситуации;
- разработка рекомендаций по новым видам услуг;
- разработка маркетинговых программ и обеспечение их реализации;
- рекомендации, касающиеся основных требований к медицинским услугам и их ассортименту;

- определение программ работы по формированию спроса, рекламе и стимулированию;

- сбыт услуг.

В настоящее время осуществление маркетинговых исследований рынка медицинских услуг стало необходимостью и обязательным условием организации

эффективной деятельности медицинских учреждений как агентов современного бизнеса, хозяйствующих субъектов в целом.

Совместить экономические и социальные интересы в здравоохранении достаточно сложно. Например, частные медицинские учреждения имеют обязанности перед акционерами, они должны обеспечить норму прибыли, сравнимую с аналогичным показателем в других отраслях, привлечь дополнительный капитал, рассчитываться за кредиты и проценты по ним и т.д., поэтому акционеры и руководители частных клиник не могут себе позволить содержать неприбыльные лечебно-диагностические подразделения. К тому же глобальные масштабы охраны здоровья заставляют выбирать необходимые социальные приоритеты - например, развитие профилактики заболеваний или мероприятия по охране здоровья материнства и детства итд. Однако в системе здравоохранения, несмотря на влияние рыночной экономики, превалирует влияние социальных факторов и только потом идут экономические, особенно если говорить о скорой и неотложной помощи. Вследствие этого особенно актуален вопрос об использовании в здравоохранении принципов и подходов социального маркетинга. Разнообразие типов учреждений в здравоохранении и альтернативность форм удовлетворения потребностей только усиливают потенциал здравоохранения, являются важным средством реализации социальной политики.

По определению В.З. Кучеренко, *маркетинг в здравоохранении* - это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем.

По мнению А.А. Модестова и А.А. Лебедева, *маркетинг в здравоохранении* - «это новая технология удовлетворения потребностей граждан в товарах и услугах здравоохранения; технология, соответствующая рыночной экономике, которая формируется сегодня, и при желании, старании, знаниях и умении может быть эффективной, реально обеспечивающей решение основных проблем здравоохранения при оптимальных затратах». "*/

По заключению А.В. Левина, маркетинг является своеобразной формой управления, которую целесообразно и правомерно использовать в медицинских

учреждениях в современных условиях функционирования системы здравоохранения. Главной задачей использования принципов маркетинга являются изучение потребности населения в медицинской помощи и планирование на этой основе как текущей, так и перспективной деятельности ЛПУ для достижения максимального лечебного и экономического эффектов. Применение маркетинговых принципов обеспечивает повышение эффективности деятельности ЛПУ и дает возможность улучшить обслуживание потребителей медицинских услуг.

О.А. Васнецова определяет *медицинский и фармацевтический маркетинг* как «субспециализацию маркетинга в виде процесса, с помощью которого реализуется рынок медицинской и фармацевтической помощи». Одна из основных особенностей медицинского маркетинга, по мнению автора, заключается в том, что врач оказывает решающее влияние на формирование спроса и потребления медицинских услуг пациентом.

Сформулированные А.А. Лебедевым и А.А. Модестовым маркетинговые принципы, применяемые в здравоохранении, можно обобщить следующим образом:

- всестороннее научно-практическое исследование всех типов рынков в здравоохранении (ЛПУ, рынок медицинских услуг, рынок специалистов и т.д.), проведение экономического анализа конъюнктуры;
- сегментация рынка (по группам ЛПУ, потребителей и т.д.);
- гибкое реагирование производства и сбыта медицинских услуг на требования активного и потенциального спроса;
- инновация - внедрение новых форм организации труда и управления;

- планирование (видов, объемов и качества медицинских услуг); Исходя из изложенного выше, можно сделать ряд выводов:

1) период становления рыночной экономики стал для отрасли здравоохранения временем интенсивных изменений, когда повысилась экономическая самостоятельность ЛПУ, происходят демонополизация и децентрализация системы управления, появляются учреждения с негосударственными формами собственности;

2) оказываемые медицинские услуги исключительно важны, и вместе с тем потребитель этих услуг, как ни в какой другой сфере экономической деятельности, зависим от знаний и профессиональной добросовестности медицинских работников; при выборе услуг он вынужден полагаться на репутацию тех, кто оказывает услуги, и потому изначально находится в несколько неравном по сравнению с ними положении;

3) изложенные выше моменты не позволяют полагаться только на свободное действие рыночных регуляторов, если речь идет о полноте и адекватности удовлетворения запросов потребителей услуг здравоохранения. Таким образом, возникает реальная потребность в специальных подходах по реализации и регулированию объемов предоставляемых медицинских услуг на рынке, что успешно позволяют делать применяемые ныне в здравоохранении принципы и методы маркетинга;

4) анализ эволюции экономических условий развития здравоохранения свидетельствует о большей значимости социальной сферы для оценки работы отрасли, нежели просто подведение результатов хозяйственной деятельности. Следовательно, для дальнейшего развития отрасли необходимо применение стратегии и подходов социального маркетинга.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое маркетинг?
2. Почему маркетинговая деятельность получила наибольшее развитие именно в XX веке?
3. Каким образом могут осуществлять маркетинговую деятельность ЛПУ?
4. Укажите основные концептуальные подходы в маркетинге и кратко охарактеризуйте их.
5. Почему маркетинговая деятельность всегда носит комплексный характер?
6. Каковы основные предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении?
7. Перечислите основные понятия, раскрывающие суть маркетинга.
8. Дайте определение спросу и предложению.
9. Назовите 5 концептуальных подходов, на основе которых организации ведут свою маркетинговую деятельность.
 0. Что включает в себя анализ рынка?
 1. Что необходимо учитывать при предоставлении услуги на рынок?
 2. Какие источники рыночной информации необходимо проанализировать для определения будущего размера рынка?
 3. Что значит выбрать целевой рынок?
 4. Какие признаки используют при сегментации рынка?
 5. В какой последовательности осуществляется разработка маркетингового комплекса?
 6. Как ЛПУ осуществляется процесс формирования рыночных цен на свои платные услуги?
 7. Перечислите основные этапы проведения рекламы ЛПУ.
 8. Какие задачи решает маркетинговая служба ЛПУ?
 1. Выберите наиболее полное определение маркетинга в здравоохранении.
 - А) Маркетинг - система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложения медицинских услуг производителям;

Б) Маркетинг - вид человеческой деятельности, направленной на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена;

В) Маркетинг - это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю или пользователю;

Г) Маркетинг - это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-диагностического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского значения) к потребителям, а также процессом реализации.

В заданиях 2-6 исключите неправильный ответ.

2. Основные понятия, отражающие сущность маркетинга:

А) Нужда, потребность. Б) Запрос, товар.

В) Обмен, сделка. Г) Рынок.

Д) Производительность.

ТЕСТЫ

3. Для совершения добровольного обмена необходимо соблюдение следующих основных условий:

А) Сторон должно быть, как минимум, две. Б) Согласованное время совершения обмена.

В) Каждая сторона должна располагать чем-то, что представлять ценность для другой стороны.

Г) Каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара.

4. Для совершения сделки необходимо соблюдение следующих основных условий:

А) Наличие, по меньшей мере, 2 ценностно-значимых объектов. Б) Согласованное место проведения.

В) Каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара.

5. При сегментировании рынка по психографическому принципу учитываются следующие переменные:

А) Образ жизни. Б) Личностные характеристики.

В) Возраст.

Г) Принадлежность к общественному классу.

6. При сегментировании рынка по поведенческому принципу учитываются следующие переменные:

А) Отношение потребителей медицинских услуг к тем или иным услугам. Б) Характер реакции на услугу.

В) Возраст.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ЗАДАЧА 1

В хирургическом отделении многопрофильной клинической больницы пациентам, страдающим желчнокаменной болезнью, предложена новая услуга: удаление камней желчного пузыря методом лапароскопической холецистэктомии.

Разработайте алгоритм выхода на рынок хирургического отделения данной больницы с указанной услугой.

ЗАДАЧА 2

Заведующим неврологическим отделением крупной многопрофильной больницы предложено предоставить платную услугу пациентам, страдающим фокальной дистонией: лечение токсином ботулинуса.

Разработайте маркетинговый комплекс этой услуги. Обозначьте его составные элементы.

ЗАДАЧА 3

Многопрофильный стационар имеет свою маркетинговую службу. На одном из совещаний руководитель службы довел до сведения сотрудников, что снижается объем продаж такой платной услуги как диагностика второго бесплодия методом лапароскопии.

Укажите, какие меры необходимо принять, чтобы объем продаж не снижался.

ЗАДАЧА 4

В городе N из года в год возрастает число больных алкоголизмом. Особую тревогу вызывает увеличение больных в возрасте 15-20 лет.

Разработайте оздоровительную программу по борьбе с алкоголизмом, обозначив основные ее разделы.

ЗАДАЧА 5

Вы - руководитель Центра платных услуг, предоставляемых населению по санитарии и гигиене.

Проведите анализ потребителей услуг центра; ответьте на вопросы: кто, сколько, почем, почему, где, когда покупает или может купить услуги Центра.

ЗАДАЧА 6

В НИИ урологии разработана новая медицинская услуга: операция аденомы предстательной железы с помощью лазера. Данный вид оперативного вмешательства менее травматичен, чем применявшаяся одно- и двусторонняя аденомэктомия. Новую услугу решено представить на рынок медицинских услуг.

Проведите анализ факторов маркетинговой микро- и макросреды до момента предложения данной услуги на рынок.

ГЛАВА 19. ИТОГОВЫЙ ЭКЗАМЕН

Врачу-выпускнику медицинского вуза, главному врачу, руководителям здравоохранения разных уровней управления должно быть присуще экономическое мышление, что означает умение рассматривать свою профессиональную деятельность с учетом экономической значимости проводимых ими лечебно-оздоровительных мероприятий. Для этого нужно уметь решать экономические задачи, связанные с лечением пациентов, проведением профилактических мероприятий, рассчитывать экономические показатели, а именно:

- затраты на проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий;

- экономический ущерб (потери) при заболеваниях, сопровождающихся временной или стойкой утратой трудоспособности (инвалидностью);

- экономический эффект (предотвращенный экономический ущерб) за счет сокращения сроков лечения, снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих на предприятиях при выполнении социальных и медицинских программ;

- экономическую эффективность затраченных средств при выборе методов лечения, проведении лечебно-оздоровительных, профилактических, противоэпидемических и природоохранных мероприятий.

Экономическое образование способствует формированию у медицинских работников таких профессиональных подходов, как бережливость, экономия и рациональное использование материальных ресурсов; точность при расчетах; ответственность за решения, принятые с учетом экономических затрат; законопослушность в области хозяйственного права.

Для закрепления формируемых навыков и привычек, умения анализировать деятельность ЛПУ и организаций здравоохранения как хозяйствующих субъектов в конце курса экономики здравоохранения проводится итоговый экзамен.

Итоговый экзамен состоит из написания курсовой работы по выбранной теме, выполнения тестовых заданий и решения экономических задач, которые предлагаются в конце каждой главы данного издания.

Для самоконтроля предлагаем сверить полученный результат со следующими ответами.

ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ И ЗАДАНИЯМ

К главе 1. Тест 1 - Б.

Тест 2: 1 - В; 2 - Д; 3 - Г; 4 - Б; 5 - А.

Тест 3: 1 - Да; 2 - Нет; 3 - Нет; 4 - Нет; 5 - Да.

Тест 4: 1 - Б; 2 - Д; 3 - Г; 4 - В; 5 - А.

Тест 5: 1 - Г; 2 - В; 3 - Д; 4 - А; 5 - Б.

К главе 2.

I

Тест 6 - Г. Тест 11 - В. Тест 12 - Г.

.

К главе 3. Тест 1 - В.

Тест 2: 1 - Д; 2 - Г; 3 - А; 4 - Б; 5 - В. Тест 3: 1 - Нет; 2 - Да; 3 - Нет; 4 - Да; 5 - Нет

Тест 4: 1 - Д; 2 - Г; 3 - В; 4 - Б; 5 - А. Тест 5: 1 - В; 2 - Д; 3 - А; 4 - Б; 5 - Г.

К главе 4.

Тест 2 - А. Тест 9 - Г. Тест 10 - В.

Задание 11.

Общие издержки - 2197; Переменные издержки - 1697; Средние переменные издержки - 339,4; Средние постоянные издержки - 100; Предельные издержки - 1178;

Задание 12.

Пределные издержки - 365 у. е.

Задание 13.

Общие 190 270 340 400 470 550 650 740 880 1030 издержки

Средние 100 50 33 25 16,6 14,2 12,5 11,1 10 -

постоянные

издержки

Средние 90 85 80 75 74 75 78 80 86,6 93

переменные

издержки

Пределные - 80 70 60 70 80 100 90 140 150 издержки

Тест 14 - В. Тест 15 - В. Тест 16 - Б. Тест 17 - В.

К главе 5. Тест 1 - Г.

Тест 2: 1 - Б; 2 - А; 3 - Г; 4 - В; 5 - Д.

Тест 3: 1 - Нет; 2 - Да; 3 - Нет; 4 - Да; 5 - Нет.

Тест 4: 1 - В; 2 - А; 3 - Б; 4 - Д; 5 - Г.

Тест 5: 1 - Б; 2 - В; 3 - А; 4 - Д; 5 - Г.

К главе 6.

Тест 2 - Да. Тест 3 - Спроса.

К главе 7.

Тест 2 - Б. Тест 3 - Г. Тест 4 - Г. Тест 5 - А.

К главе 8.

Тест 1 - Б. Тест 2 - А. Тест 3 - А. Тест 4 - В. Тест 5 - Б, В, Г, Д. Тест 6 - Б. Тест 7 - А.

К главе 10.

Тест 1 - А, Б. Тест 2 - Б, В. Тест 3 - А. Тест 4 - Б, В. Тест 5 - А, Б. Тест 6 - В. Тест 7 - В. Тест 8 - Б, Г. Тест 9 - А, Б, Г, Д. Тест 10 - А, Б, В, Ж. Тест 11 - А. Тест 12 - А.

К главе 15

Тест 1 - В, Е. Тест 2 - А, Б, Г.

К главе 16.

Тест 1 - А. Тест 2 - А, Б. Тест 3 - А, Б, В.

К главе 17. *Задание 1.*

Выручка - 984 000 ден. ед. *Задание 2.*

Бухгалтерский учет: регистрационный; требует точности «до копейки»; *управленческий учет:* аналитический; форма определяется потребностями руководства организации.

Задание 3.

Пороговое количество услуг - 3822 мед. усл.

Задание 4.

Реально располагаемый доход ЛПУ - 100 000 ден. ед. Стационар - 50 000 ден. ед. Поликлиника - 50 000 ден. ед.

К главе 18.

Задание 1 - Г. Задание 2 - Д.

Задание 3 - В. Задание 4. Все ответы верны. Задание 5 - В, Г. Задание 6 - А.

Ситуационные задачи решаются в учебной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью учебного пособия было ознакомить студентов-медиков, будущих специалистов в области медицинской практики, а также организации здравоохранения и управления, с хозяйственными проблемами, возникающими в процессе функционирования отрасли в целом (на макроэкономическом уровне) и ее отдельных звеньев (на микроэкономическом уровне). В обобщенном виде эти проблемы могут быть выражены следующим образом.

- Экономика здравоохранения занимает значимое место в структуре современной экономической науки. К здравоохранению применимы все известные методы экономического исследования. Развитие здравоохранения неотделимо от общего процесса социально-экономического развития, примером чему может служить положение отечественного здравоохранения в современный переходный период.

- При исследовании экономических процессов здравоохранения как услугопроизводящей отрасли могут быть использованы такие отправные понятия, как «предмет труда», «средства труда», «процесс производства». Результатом производственной деятельности в здравоохранении выступает здоровье, которое рассматривается и в качестве экономической категории. Состояние здоровья является одной из важнейших предпосылок достижения социально-экономического благополучия отдельного человека, определенных групп населения и общества в целом.

- Охрана и укрепление здоровья населения - чрезвычайно важная задача, объективно стоящая перед любым обществом, любым государством. Существуют определенные принципы охраны здоровья граждан, без соблюдения которых невозможно решение указанной задачи. Опираясь на эти принципы, можно успешно работать в области охраны здоровья в данный момент и строить прогнозы дальнейшего развития отечественного здравоохранения.

- Современное здравоохранение, как и весь социальный сектор, и все народное хозяйство в целом, функционирует в определенной финансово-экономической среде. Характер финансовых отношений определяется спецификой денежного обращения, кредита-банковских связей, инфляционных процессов, величиной налогов, подходами к бюджетной деятельности и фискальной политике.

- Как отрасль народного хозяйства здравоохранение нуждается в ресурсном обеспечении. В здравоохранении используются все известные виды ресурсов - трудовые, материальные, финансовые, размеры которых ограничены. Способы оптимизации, эффективного использования ограниченных ресурсов отрасли основываются на анализе структуры издержек (затрат).

- Здравоохранение может действовать в рамках различных систем финансирования. В качестве основных источников финансовых ресурсов для здравоохранения выступают бюджетные средства, средства медицинского страхования, прямые платежи населения и средства общественных организаций. Особую значимость для отечественного здравоохранения приобретает проблема соотношения ОМС и ДМС, бесплатных и платных медицинских услуг.

- Ядром всей системы экономических отношений любого общества являются отношения собственности. Развитие многообразия форм собственности и видов хозяйствования в здравоохранении - одна из основ успешного реформирования отрасли. Медицинский бизнес имеет ряд специфических черт и объективных ограничений, связанных с особой, гуманной направленностью профессии врача.

- Принадлежность к социальному сектору народного хозяйства, непосредственное участие в производстве общественных благ определяют своеобразный характер медицинской услуги как экономической категории. Создание и функционирование рынка услуг здравоохранения, анализ этого рынка с помощью таких фундаментальных

экономических понятий, как «спрос», «предложение», «рыночное равновесие», «эластичность», «рыночные связи», в здравоохранении всегда регулируются государством.

- В различных государствах сложились разнообразные системы страхования здоровья населения. Их сравнительный социально-экономический анализ позволяет выявить определенные преимущества и ограничения, характерные для каждой системы, а также использовать их позитивные черты для совершенствования организационных и правовых основ хозяйственной деятельности в отечественном здравоохранении. При этом медицинское страхование в Российской Федерации должно строиться на прочной региональной основе.

- Помимо собственно экономики здравоохранения сформировалась и область более узкоконкретизированных экономических знаний - экономика медицинской организации. Важнейшей задачей экономики ЛПУ является разработка подходов к рациональному управлению трудовыми, материальными и финансовыми ресурсами, которые рассматриваются как основные и оборотные средства организации. Особую значимость в этих условиях приобретает финансовый менеджмент медицинского предприятия.

- Рациональное управление ресурсами невозможно без правильной организации и постоянного анализа лечебно-производственной деятельности ЛПУ. Управленческий учет прежде всего направлен на оптимизацию затрат в организации в целом и в каждом структурном подразделении. Анализ затрат должен быть направлен на достижение большей выгоды, полезности, повышение эффективности в работе ЛПУ.

- Доходность, прибыльность работы ЛПУ в современных условиях не мыслится без оказания платных медицинских услуг при проведении амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения. Коммерциализация части медицинских услуг оправдана лишь при наличии хорошей законодательной основы и разработанных правил. Доходность ЛПУ является финансовой базой как для производственного развития организации, так и для материального стимулирования персонала.

- При наличии товарного производства и соответствующих рыночных связей результат любого вида деятельности может быть измерен в стоимостной, денежной форме. Изучение методологии ценообразования является одной из важнейших проблем экономики здравоохранения. Использование различных вариантов расчета цен на медицинские услуги позволяет спрогнозировать ожидаемую прибыль, откорректировать качество работы, учесть характер поведения конкурентов, ход инфляционных процессов, налоговую политику государства.

- Успешное функционирование ЛПУ в современных условиях тесно связано с правильной организацией труда и заработной платы персонала, включающего медицинских сотрудников различных категорий и других работников. В здравоохранении используются все известные формы и системы оплаты труда. Расчет оплаты труда персонала в государственных ЛПУ должен оперативно учитывать доходность негосударственного сектора здравоохранения.

- Идея создания современного услугопроизводящего предприятия здравоохранения и его выхода на проектную мощность фиксируется в бизнес-плане. Бизнес-планирование в целом и каждый раздел бизнес-плана позволяют четче сориентироваться в рыночных отношениях, действующих в отрасли, и максимально уменьшить степень экономического риска. Разработка и реализация бизнес-плана - это лишь часть цикла постоянно осуществляемой плановой деятельности ЛПУ.

- Принятие планового решения о том или ином характере дальнейшей работы ЛПУ (сохранение достигнутых позиций, расширение или ограничение объемов предоставляемых услуг) целесообразно предварять оценкой хозяйственной ситуации в рассматриваемой организации. На это направлен экономический анализ. Виды экономического анализа могут быть различными, однако в любом случае учитываются сильные и слабые стороны ЛПУ, его возможности и ограничительные факторы.

- Социальная и медицинская (профессиональная) эффективность здравоохранения не рассматривается в отрыве от экономической эффективности отрасли, и наоборот. Исследование всех видов эффективности здравоохранения должно проводиться комплексно. Особую важность при этом приобретает проблема соотношения степени медицинской эффективности и возможных экономических потерь или приобретений общества.

- Универсальной технологией деятельности организаторов здравоохранения в различных его секторах является маркетинг. Концептуальные подходы, сложившиеся в маркетинге, применимы и к управлению рыночными связями в здравоохранении. Анализ маркетинговой среды, разработка и осуществление на практике маркетингового комплекса ЛПУ - одна из важнейших экономических задач, стоящих перед его руководителем.

- Процесс обучения экономике здравоохранения предполагает установление плодотворных рабочих контактов между обучающей (преподаватель) и обучаемой (студент) сторонами. Такой контакт невозможен без контроля и коррекции полученных знаний. Текущий контроль служит основой для рейтингового ранжирования контингента студентов. Итоговый контроль, связанный и с результатом самостоятельной работы (в том числе с помощью тестов, заданий, предложенных в учебнике), может быть проведен в форме экзамена, дифференцированного или простого зачета, коллоквиума.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Приложение 2

Продолжение таблицы

Продолжение таблицы

Продолжение таблицы

Продолжение таблицы

Продолжение таблицы

Приложение 3

Примерная структура затрат (в %) на единицу объема медицинской помощи по Программе на 2000г.

Приложение 4

УТВЕРЖДЕНА Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.98 ?

1096

ПРОГРАММА

государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в редакции Постановлений Правительства от 26.10.99 ? 1194, от 29.11.2000 ? 907, от 24.07.2001 ? 550)

I. Общие положения

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - Программа) определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений.

Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу ОМС, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Программа разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов ОМС.

На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации (далее - методические рекомендации), органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов Российской Федерации.

II. Перечень видов медицинской помощи

Гражданам Российской Федерации в рамках Программы бесплатно предоставляются:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями при беременности и родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятия по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах), лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах и стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений);

в) стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи населению определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом ОМС.

III. Базовая программа обязательного медицинского страхования

В рамках базовой программы ОМС граждан Российской Федерации (далее- базовая программа) предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и СПИДа), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, включая аборт, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у взрослых.

Базовая программа осуществляется за счет средств ОМС.

В рамках базовой программы осуществляется также проведение мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей. -*

Отношения субъектов (участников) ОМС регулируются законодательством Российской Федерации.

Базовая программа реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами (участниками) ОМС.

Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договорами ОМС.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы ОМС, в которых перечень видов медицинской помощи может быть расширен за счет средств субъектов Российской Федерации.

IV. Медицинская помощь, предоставляемая населению за счет бюджетов всех уровней

Гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств:

а) федерального бюджета - медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований - скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах, (отделениях, кабинетах) при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, СПИДе, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у детей, отдельных состояниях возникающих в перинатальном периоде, дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное), а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе со СПИДом, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и пато-логоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией, центрами планирования семьи и репродукции.

V. Объемы медицинской помощи

Объемы медицинской помощи, предоставляемой населению субъекта Российской Федерации бесплатно, определяются исходя из нормативов объемов лечебно-профилактической помощи на 1000 человек.

Устанавливаются следующие нормативы:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 человек.

Норматив - 9198 посещений, в том числе по базовой программе - 8458.

Норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому - 749 дней, в том числе по базовой программе - 619 дней.

2. Стационарная помощь. Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 человек. Норматив объема стационарной помощи составляет 2812,5 койко-дня, в том числе по базовой программе - 1942,5 койко-дня.

3. Скорая медицинская помощь. Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 человек. Норматив - 318 вызовов. Нормирование объемов медицинской помощи производится в соответствии с методическими рекомендациями.

4. Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах, стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений.

Показатель объема медицинской помощи выражается в количестве дней лечения в указанных стационарах на 1000 человек.

Норматив количества дней лечения - 749, в том числе по базовой программе - 619 дней.

VI. Подушевые нормативы финансирования здравоохранения

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека.

Подушевые нормативы финансирования здравоохранения формируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания в соответствии с методическими рекомендациями.

Расчеты показателей стоимости медицинской помощи производятся в соответствии с методическими рекомендациями.

Выравнивание условий финансирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством и законодательством об ОМС Российской Федерации.

ГЛОССАРИЙ

Адаптация (от лат. *adaptare* - приспособлять) - 1) приспособление самоорганизующихся систем к изменившимся условиям среды; 2) в теории Т. Парсона - вещественно-энергетическое взаимодействие с внешней средой, исходя из функциональных условий существования социальной системы (наряду с интеграцией, достижением цели и сохранением ценностных образцов).

Акциз - вид косвенных, включаемых в цену или тариф, налогов на товары, преимущественно массового потребления, и услуги частных предприятий. (Система Garant).

Анализ - разбор, рассуждение, разложение на составные части.

Анализ безубыточности - определение объема сбываемой продукции, при котором выручка покрывает издержки за соответствующий период, не принося ни прибыли, ни убытков.

Анкетирование, анкетный опрос - один из наиболее распространенных методов сбора первичной информации о субъективном мире людей, их склонностях, мотивах деятельности, мнениях с использованием анкеты, предусматривающей жестко фиксированный порядок, содержание и форму вопросов, ясное указание способов ответа.

Ассигнования - суммы денежных средств, выделенные из централизованных и децентрализованных источников финансовых ресурсов для покрытия затрат на определенные цели.

Банки - особые предприятия, аккумулирующие денежные средства и накопления, предоставляющие кредит, осуществляющие денежные расчеты, выпуск денег, операции с ценными бумагами и др.

Биржа - организационно оформленный и регулярно функционирующий рынок. Виды: фондовая Б. (торгует ценными бумагами); товарная Б. продажа товаров по стандартам и образцам); валютные биржи.

Бисмарк, Отто фон (XIX в.) - прусский и германский государственный деятель, канцлер. Его социальная политика способствовала реализации принципов медицинского страхования.

Блага - все, что способно удовлетворять жизненные потребности людей, приносить людям пользу, доставлять удовольствие. Понятие Б. представляет собой как произведение природы, так и человеческого труда, служащие для удовлетворения материальных потребностей людей; первые, например, вода, дикорастущие плоды и пр., называются полезностями, вторые, то есть произведения человеческого труда, - ценностями.

Б. материальные создаются посредством трудовой деятельности в процессе материального производства. Противоречия между объемом потребностей и нехваткой благ придают последним ограниченный или экономический характер. Их ограниченность преодолевается экономической деятельностью людей, и главным образом материальным производством.

Б. нематериальные - жизнь, здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни.

личная и семейная тайна, право на имя, право авторства, иные неимущественные права и другие нематериальные Б., принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемые и непередаваемые иным способом.

Б. общественные - товары и услуги, предоставляемые государством на рыночной основе.

Брокер - лицо или фирма, выполняющие функции посредников на фондовой, товарной, валютной бирже. Б. продает и покупает товары, ценные бумаги, страховые полисы и т.п. по поручению клиента.

Бюджет - 1) роспись денежных доходов и расходов государства, предприятия, учреждения на определенный период, утвержденная в законодательном порядке; оценка соотношения будущих доходов и расходов в течение определенного периода времени;

2) форма образования и расходования фонда денежных средств, предназначенных для финансового обеспечения задач и функций государства и местного самоуправления;

3) план, представленный в денежном выражении, который указывает доходы, затраты и используемый капитал.

Валюта - 1) единица, лежащая в основе денежной системы государства; 2) тип денежной системы государства (золотая, бумажная валюта); 3) денежные знаки зарубежных стран (банкноты, казначейские билеты, монеты), кредитные и платежные документы (векселя, чеки и др.), используемые в международных расчетах.

Валютный курс - цена денежной единицы одной страны, выраженная в денежных единицах других стран.

Валютный паритет - соотношение между валютами разных стран.

Ваучер - 1) имущественный купон, выдаваемый в процессе приватизации для приобретения акций приватизируемых предприятий; 2) письменное свидетельство, поручение, гарантия или рекомендация; 3) именной приватизационный чек.

Вексель - 1) ценная бумага, дающая ее владельцу право на получение указанной суммы денег в установленный срок. Выпускается в обращение и принимается к платежу с учетом процентной ставки и срока действия; 2) вид ценной бумаги - денежное обязательство строго установленной законом формы. Является безусловным и бесспорным долговым документом. В международной торговле и во внутреннем обороте развитых стран используется как одно из важных средств оформления кредитно-денежных отношений.

Величина - количественная характеристика размеров, явлений, признаков, показателей их соотношения, степени изменения, взаимосвязи. Различают абсолютные В., относительные В., средние В. Первые выражают абсолютные размеры явления (в единицах меры массы, протяженности, площади, объема и т.п.), вторые - относительные размеры (соотношения) в виде коэффициентов, процентов и т.п., третьи - В. признака (показателя) в расчете на единицу совокупности.

Величина спроса - количество данного товара или услуги, которое покупатель желает купить по конкретной цене в течение определенного периода.

Вирхов Рудольф (XIX в.) - немецкий ученый и общественный деятель, врач, сторонник оздоровления труда и быта широких слоев населения.

Возмещение затрат - компенсация затрат за счет стоимости созданной и реализованной продукции, обеспечивающая процесс простого и расширенного производства.

Выслуга лет - по трудовому праву период трудовой деятельности, создающий при определенных условиях право на пенсию и льготы.

Деньги - средство обращения, которое функционирует как единица учета и средство сбережения.

Депозит - 1) вклады в банки и сберегательные кассы. Различаются: срочные, до востребования, условные; 2) записи в банковских книгах, подтверждающие определенные требования клиентов к банку; 3) передаваемые на хранение в кредитные учреждения ценные бумаги (акции и облигации); 4) взносы в таможенные учреждения в

обеспечение оплаты таможенных пошлин и сборов; 5) взносы денежных сумм в судебные и административные учреждения в обеспечение иска, явки в суд.

Дефляция - 1) общее падение уровня цен; противоположность инфляции; 2) остановка роста или абсолютное падение общего уровня цен в экономике. Органы

финансового контроля могут выбрать Д. как одно из направлений в борьбе с инфляцией и для устранения дефицита платежного баланса. Такая политика проводится с помощью ограничивающих денежно-кредитных и налоговых мер, т. е. роста процентной ставки и налогов, чтобы уменьшить расходы; 3) изъятие с целью снижения (ликвидации последствий) инфляции из обращения части избыточной денежной массы; реализуется путем повышения учетных банковских ставок, увеличения налогов, расширенной продажи государственных ценных бумаг и других мер. Д. зачастую приводит к снижению темпов экономического роста, а следовательно, к росту безработицы.

Дилер - 1) коммерсант; 2) лицо, которое заключает от своего имени сделки, выступая в роли принципала, например «делатель рынка» на фондовой бирже, товарный коммерсант и т.д., в отличие от брокера или агента; 3) профессиональный участник рынка ценных бумаг, осуществляющий дилерскую деятельность. Д. может быть только юридическое лицо, являющееся коммерческой организацией.

Дисконт - 1) скидка: а) разница между ценой в настоящий момент и ценой на момент погашения или ценой номинала ценной бумаги; покупка финансового инструмента до момента его погашения по цене, которая меньше номинала; б) разность между форвардным курсом и курсом при немедленной поставке валюты; в) разница между ценами на один и тот же товар с различными сроками поставки; г) понижение цены на товар в результате несоответствия его качества, оговоренному в контракте; д) отклонение в меньшую сторону от официального курса валюты; е) процент, взимаемый банками при учете векселей; 2) процентный доход покупателя векселя; 3) разница между ценой выкупа (погашения) и ценой размещения Государственных ценных бумаг. Учет Д. производится в момент осуществления операции выкупа (погашения) государственных ценных бумаг.

Должность - элемент в организационной структуре. Термин чаще применяется к местам управленцев (директора, управляющие, заведующие и т.п.), но нередко обозначает и места рядовых работников (инженеры, научные сотрудники и т.д.). Всякая Д. соединена отношениями с одной или несколькими другими Д. Система Д. предопределяет структуру организации в целом (учреждение науки, здравоохранения) либо управленческие подсистемы (на предприятии, в кооперативе и т.п.). Система Д. и отношений между ними устанавливается обычно без учета свойств конкретного индивида. Но индивиды назначаются на Д. в зависимости от их способности справиться со своими должностными обязанностями.

Доля рынка - пропорция от общего объема сбыта всех торговых марок продукта, предлагаемых предприятием на определенном рынке, которая приходится на объем сбыта одной торговой марки.

Дотация - 1) сумма, выделяемая из бюджета вышестоящего уровня в случаях, если закрепленных и регулирующих доходов недостаточно для формирования минимального бюджета нижестоящего территориального уровня; 2) государственное пособие гражданам и организациям для покрытия убытков или для других целей; доплата; 3) сумма денежных средств, выделяемая из бюджета предприятию, у которого затраты на производство и реализацию продукции не покрываются получаемыми доходами, а также не поддержание относительно низких розничных цен на отдельные товары, реализуемые населению; 4) средства, передаваемые, как правило, на безвозвратной основе из вышестоящего бюджета в твердой сумме для сбалансирования нижестоящих бюджетов при их дефиците.

Емкость рынка - совокупный платежеспособный спрос покупателей. Изменяется в соответствии с развитием общественных потребностей.

Емкость товарного рынка - определяется объемом (в физических единицах или стоимостном выражении) реализуемых товаров, обычно в течение года.

Здоровье - состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. ВОЗ

провозглашен принцип, в соответствии с которым обладание наивысшим уровнем З. является одним из основных прав каждого человека.

Здравоохранение - 1) охрана здоровья граждан - совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации; 2) система государственных и общественных мероприятий по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней с целью продления жизни человека. Реализуется через систему безвозвратного бюджетного финансирования, ОМС или ДМС граждан. Характер организации З. и его эффективность отражают уровень цивилизованности общественного устройства. Материально-техническая база З. в РФ основывается на сети больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений. В системе созданы санитарно-эпидемиологическая служба, система охраны материнства и детства, сеть учреждений для оказания специализированной помощи.

Издержки - ресурсы, израсходованные в процессе достижения поставленной цели или выполнения конкретных мероприятий. Сюда же можно отнести нереализованные выгоды (например, потеря производительности труда вследствие инвалидности, болезненности, преждевременной смерти).

Измерение деятельности - оценка (количественное измерение) соответствия признанным стандартам качества медицинской деятельности. Оценка деятельности может проводиться по показателям процесса и результата на национальном, ведомственном, учрежденческом уровнях или на уровне отдельного медицинского работника.

Измерение процесса - оценка (количественное измерение) выполнения технологии медицинской помощи по отношению к потребности (показатель технического процесса) и стиля общения лиц, оказывающих медицинскую помощь, с пациентами (показатель межличностного процесса) по отношению к определенному стандарту.

Инвестиции - 1) приобретение средств производства, таких, как машины и оборудование, для предприятия, с тем чтобы производить товары для будущего потребления; 2) приобретение активов, например ценных бумаг, произведений искусства, депозитов в банках или строительных обществах и т.п., прежде всего в целях получения финансовой отдачи в виде прибыли или увеличения капитала (финансовые инвестиции); 3) денежные средства, целевые банковские вклады, паи, акции и другие ценные бумаги, технологии, машины, оборудование, лицензии, в том числе и на товарные знаки, кредиты, любое другое имущество или имущественные права, интеллектуальные ценности, вкладываемые в объекты предпринимательской и других видов деятельности в целях получения прибыли (дохода) и достижения положительного социального эффекта; 4) долгосрочные вложения капитала (внутри страны или за границей) в предприятия различных отраслей народного хозяйства; 5) денежные средства, ценные бумаги, иное имущество, в том числе имущественные и иные права, имеющие денежную оценку, вкладываемые в объекты предпринимательской и (или) иной деятельности в целях получения прибыли и (или) достижения иного полезного эффекта.

Индекс - 1) указатель для поиска данного элемента; 2) статистический показатель, характеризующий изменение тех или иных явлений, в том числе экономических. И. как определенная величина (предшествующего периода, плановая) принимается в качестве базы, а сравниваемая (фактическая, плановая) относится к этой базе.

Капиталовложения - вклад инвестиций в воспроизводство основных фондов путем строительства новых и реконструкции, расширения и технического перевооружения действующих предприятий промышленности, сельского хозяйства и отраслей непродовольственной сферы.

Качество жизни - 1) интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии; 2) сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее достичь физического, психического и социального благополучия, самореализации и отражающее степень восприятия населением и отдельными людьми того, как удовлетворяются их потребности.

Качество медицинской помощи - характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов.

Квалификация работников - характеристика уровня организации труда; выражается через систему тарифных разрядов. В ее основе лежит оценка сложности выполняемой работы. От степени сложности работы нужно отличать квалификационные характеристики работы, определяющие объем профессиональных знаний и трудовых навыков, которыми должен обладать рабочий данной профессии и данного разряда.

Квотирование (установление квоты) объемов медицинской помощи - выделение при планировании для жителей конкретных субъектов РФ, муниципальных образований (городов, районов) объемов помощи в медицинских учреждениях федерального уровня, уровня субъектов РФ, межрайонных специализированных медицинских учреждениях, финансируемых в рамках государственных гарантий.

Классы - большие группы людей, различающиеся по их месту в исторически определенной системе общественного производства, отношению к средствам производства (закрепляемому в праве собственности), роли в общественной организации труда, а следовательно, по способам получения и размерам той доли общественного богатства, которой они располагают (в виде процента на вложенный капитал, зарплаты или иных доходов). Между классами могут существовать как эксплуататорские отношения, так и отношения сотрудничества, справедливого обмена результатами деятельности. Эта достаточно общая трактовка классов применима к различным общественным системам, поэтому важно ее конкретизировать в связи с теми или иными общественными отношениями, определенным историческим этапом развития цивилизации.

Наряду с классами существуют различные социальные группы: интеллигенция (решающим критерием отнесения тех или иных профессиональных групп работников к интеллигенции или к служащим является характер их труда), служащие, военнослужащие, служители религиозных культов и др. Специфическую группу составляют кадры аппарата управления (согласно повседневному политическому лексикону - «аппаратчики», «бюрократия», «номенклатура»). Эта группа, наряду с особым характером труда, выделяется в обществе главным образом по критерию власти, а также по отдельным чертам образа жизни, которые определяются наличием ряда привилегий. Умножение форм собственности и организации труда порождает и новые социальные группы - кооператоры, лица, занятые индивидуальной трудовой деятельностью, крестьяне-фермеры и др.

Коллектив - вид социальной организации групповой жизнедеятельности, при которой связи и отношения между индивидами опосредствованы общественно значимыми целями. Основы теории К. изложены в работах известных социологов, развиты педагогами (В.А. Сухомлинский и др.), продолжены в современных социологических и социально-психологических исследованиях. В них К. рассматривается как высший уровень развития группы, характеризуемый высокой сплоченностью, единством

ценностно-нормативной ориентации, глубокой идентификацией и ответственностью за результаты совместной групповой деятельности.

Конкуренция - состязание между товаропроизводителями за наиболее выгодные сферы приложения капитала, сбыта, источники сырья. К. является весьма действенным механизмом стихийного регулирования пропорций общественного производства. Различают ценовую К., основанную главным образом на снижении цен, и неценовую, основанную на совершенствовании качества продукции и условий ее продажи.

Контроль качества медицинской помощи - проверка, направленная на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи в необходимом объеме и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения.

Концепция - система теоретических взглядов (мыслей, положений), направленная на понимание и объяснение объекта (процесса, явления).

Концепция системы - совокупность обоснованных взглядов и представлений в виде желаемой модели этой системы в сочетании с общими приоритетными направлениями и проблемами и обобщенными мероприятиями, нацеленными на достижение этой модели. К. с, как правило, реализуется в виде программы.

Комплекс маркетинга - совокупность управляемых элементов маркетинговой деятельности фирмы (организации). Широкое распространение получил также термин «маркетинг-микс» (marketing mix) - рыночная политика и концепция «5р», согласно которой комплекс маркетинга включает 5 элементов: товарную политику (product), ценовую политику (price), сбытовую политику (place), политику продвижения товара на рынок (promotion) и кадровую политику (personnel). Скоординированные мероприятия по реализации отдельных элементов в соответствии с целями маркетинговой деятельности включаются в состав плана маркетинга.

Конкурентное преимущество - завоевание более прочных позиций на рынке по сравнению с конкурентами. Достигается путем предоставления потребителям больших благ за счет реализации более дешевой продукции или предложения высококачественных продуктов, но по оправданно более высоким ценам.

Конкурентоспособность товара - превосходство над конкурирующими аналогами как по степени удовлетворения потребностей, так и по суммарным затратам потребителя на приобретение товара и пользование им.

Коррекция и расчеты нормативов обеспечения потребности в амбулаторно-поликлинической помощи - нормативы посещений (в отличие от нормативов по стационару) не приводятся по уровням организации медицинской помощи, а даются в 2 вариантах - в расчете на 1000 человек соответствующего возраста (детей, взрослых) и на 1000 жителей с учетом нормативов по врачебным специальностям.

Косвенные издержки - издержки, которые довольно трудно определить в структуре продукта или услуги (например, расходы на электроэнергию, зарплата исполнительного штата, страховка). К. и. называют также накладными расходами. К К. и. могут относиться утраченная или пониженная производительность вследствие заболевания или преждевременной смерти из-за заболевания или лечения.

Кредит - 1) финансовый инструмент, позволяющий физическому или юридическому лицу занять деньги на покупку (т. е. на немедленное овладение) продукции, сырья или комплектующих деталей и т.д. при условии возврата через определенное время. Виды К.: банковские кредиты и ссуды, овердрафты, К. с выплатой в рассрочку, кредитные карты и торговые К.; 2) регистрация (в системе бухгалтерского учета с двойной записью) получения услуг, оказанных компании, с помощью записи, фиксирующей общую сумму полученных компанией товаров и услуг и имя их поставщика. Кредитная запись в системе учета с двойной записью компании представляет либо уменьшение активов компании, либо увеличение ее обязательств; 3) ссуда в денежной или товарной форме на условиях

возвратности и обычно с уплатой процента; выражает экономические отношения между кредитором и заемщиком.

Кредитная карточка - пластиковая карточка, которая выпускается банком или финансовой организацией и дает возможность ее владельцу получить кредит в магазинах, отелях, ресторанах, на автозаправочных станциях и т.д.

Критерий - признак, на основании которого производятся оценка, классификация; мерило.

Либерализация - отмена или ослабление государственного контроля над различными видами экономической деятельности и экономическими параметрами (ценой, зарплатой, ставкой процента, обменным курсом).

Либерализация цен - освобождение цен от административного контроля; свободное их формирование по законам рыночной экономики, под влиянием конкуренции товаропроизводителей, а также спроса и предложения товара.

Либерализация экономики - расширение свободы экономических действий хозяйствующих субъектов, снятие ограничений на экономическую деятельность, раскрепощение предпринимательства.

Макросреда маркетинга - совокупность политических, социально-экономических, правовых, научно-технических, культурных и природных факторов, которые не воздействуют на микросреду и не подвластны прямому управлению со стороны фирмы (организации).

Маркетинг - 1) процесс выявления, максимизации и удовлетворения потребительского спроса на изделия компании. М. изделия включает такие задачи, как предвидение изменений в спросе (обычно на основе маркетинговых исследований), продвижение изделия (стимулирование сбыта), обеспечение такого положения, чтобы его качество, наличие и цена соответствовали потребностям рынка, а также предоставление послепродажного обслуживания; 2) система управления Предприятием, предполагающая тщательный учет процессов, происходящих на рынке, для принятия хозяйственных решений. Цель М. - создать условия для приспособления производства к требованиям рынка, разработать систему организационно-технических мероприятий по изучению рынка. Основные функции М.: изучение спроса, вопросов ценообразования, рекламы и стимулирования сбыта; планирование товарного ассортимента сбыта и торговых операций; деятельность, связанная с хранением, транспортировкой товаров, управлением торгово-коммерческим персоналом, организацией обслуживания потребителей. М. в здравоохранении - система принципов, методов и мер, направленная на формирование производителем предложений медицинских услуг, базирующаяся на комплексном изучении спроса потребителя.

Маркетинговые исследования - систематический сбор и анализ данных, проводимый в целях решения проблем маркетинга, задачей которых является уменьшение риска неадекватного поведения в этой области.

Маркс Карл (XIX в.) - немецкий ученый и общественный деятель, экономист, рассматривал социальные аспекты состояния здоровья трудящихся в условиях классического капитализма.

Медицинская помощь - 1) лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, осуществляемые при болезнях, травмах, отравлениях, а также при родах; 2) деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством. М. п. включает в себя определенную совокупность медицинских услуг; 3) комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Медицинская помощь на дому - осуществляется различными субъектами медицинской деятельности и в разных организационных формах, в зависимости от местных условий, обеспеченности медицинских организаций кадрами, ресурсами и от других условий. В оказании такой помощи могут также принимать участие медицинские работники Российского общества Красного Креста и других общественных организаций. Конкретный порядок оказания такой помощи устанавливается соответствующими органами управления здравоохранением по согласованию с органами местного самоуправления.

Медицинская услуга - действие или совокупность профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг), направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, необходимых для удовлетворения потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг). М. у. имеет самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Механизм - 1) устройство для преобразования и передачи движения; 2) система, устройство, определяющее порядок какого-нибудь вида деятельности (например, механизм управления). М. социальный - взаимодействие социальных структур, норм, институтов, образцов поведения и т.д., посредством которого обеспечивается функционирование социальной системы.

Микросреда маркетинга - совокупность субъектов и факторов, имеющих непосредственное отношение к самой фирме (организации) и влияющих на ее возможность обслуживать своих потребителей, т. е. сама фирма (организация), ее поставщики, маркетинговые посредники, клиенты, конкуренты и контактные аудитории (контактная аудитория - любая группа, проявляющая реальный или потенциальный интерес к фирме или оказывающая влияние на ее способность достигать поставленные цели).

Мотивация - 1) осмысление индивидом ситуации, выбор и оценка различных моделей поведения, их предполагаемых результатов и формирования на этой основе мотивов; 2) относительно стабильная система мотивов, определяющая поведение данного субъекта.

Налог - обязательный платеж, взимаемый государством с физических и юридических лиц. Н. делятся на прямые, которыми облагаются доходы и имущество, и косвенные (например, акциз), увеличивающие цену товара. Основная функция Н. - регулировать экономику. Важнейшей функцией Н. является перераспределение денежных средств. Другими функциями Н. являются: фискальная (формирование бюджетов всех уровней), социальная (выравнивание доходов групп населения).

Норма - 1) мера, образец, средняя величина чего-либо; 2) узаконенное установление, признанный обязательный порядок, строй чего-либо; 3) правило поведения в определенной ситуации; 4) форма регуляции поведения в биологической, технической, социальной системах.

Облигация - вид ценной бумаги на предъявителя, представляющей собой долговое обязательство, по которому кредиторы (держатели облигаций) получают годовой доход по ставкам фиксированного или «плавающего» процента. Доход поступает в форме выигрышей или путем оплаты купонов. О. подлежат погашению (выкупу) в течение определенного, заранее обусловленного при выпуске займа срока.

Обмен экономический - переход продуктов труда из собственности одних лиц в собственность других, возмещаемый встречным движением материальных благ или их знаков. Вместе с собственно производством, распределением и потреблением он образует производство в широком смысле.

Внутри коллектива, пока все средства производства и предметы потребления были его собственностью, между его членами могли существовать отношения только распределения, но не обмена. С появлением распределения по труду и личной

собственности внутри коллектива зарождаются отношения взаимного обмена помощью (взаимопомощи).

Товарообмен, или обмен товаров, - одна из самых известных и широко распространенных форм обмена. Приравнивание при товарообмене различных по качеству вещей возможно потому, что все они как товары, в которых овеществлен абстрактный человеческий труд, представляют собой стоимости.

На самой ранней стадии эволюции товарообмен во многом носит случайный характер. На более поздней стадии он ведется более или менее систематически. Часть продукта начинает создаваться специально для О. э., т. е. зарождается товарное производство. Простая форма стоимости сменяется полной (развернутой). Один товар выражает свою стоимость во многих других товарах, выступающих в качестве его эквивалентов. Следующий этап эволюции товарообмена характеризуется появлением всеобщей формы стоимости (выделение из массы товаров одного, который становится выражением стоимости всех остальных, т. е. всеобщим эквивалентом; в таком качестве выступали скот, соль, металлические изделия и др.), а затем и денежной формы стоимости, когда роль всеобщего эквивалента окончательно закрепляется за одним единственным товаром (чаще роль денег играли серебро, золото). При переходе к всеобщей, а затем денежной форме стоимости непосредственный О. э. одного товара на другой (мена, меновая торговля) уступает место купле-продаже. Товарные отношения превращаются в товарно-денежные.

Оборачиваемость - показатель, выражаемый в днях или количестве оборотов, в течение которых осуществляется полное обращение товарно-материальных ценностей или денежных средств.

Образ жизни - обобщающее понятие, характеризующее социально-экономическую сторону жизни людей, прежде всего с точки зрения объемов и структуры потребления благ и услуг.

Объект социального управления - совокупность отношений, имеющих место в обществе, социальных группах, управляемая социальная система, элементами которой являются общества, социальные группы, взаимодействующие между собой по поводу реализации общих и особых интересов. С точки зрения элементно-структурной, О. с. у. - это люди (персонально), организации, территориальные общности, социально-классовые, этнические и другие группы. С точки зрения функциональной, О. с. у. составляет деятельность, поведение человека и социальных групп.

Оплата труда - вознаграждение в денежной или натуральной форме, которое должно быть выплачено работодателем наемному работнику за работу, без учета налогов и других удержаний.

Организация труда - один из важных резервов эффективности производства на основе достижений науки и передового опыта. В О. т. включаются мероприятия по рационализации структуры управления трудовым коллективом, форм разделения и кооперации труда; улучшение организации и обслуживания рабочих мест; проектирование и внедрение новых методов и приемов труда; совершенствование нормирования и стимулирования труда, улучшение условий труда; подбор, подготовка и повышение квалификации кадров; укрепление трудовой дисциплины и повышение творческой активности масс. К числу новых, прогрессивных методов О. т. относятся:

- 1) расширение должностных обязанностей, ответственности и возможностей участия рабочих в принятии управленческих решений;
- 2) оперативная смена рабочих мест и операций в течение дня или недели (ротация на конвейере);
- 3) расширение объема выполняемых операций и принятие более напряженных заданий;
- 4) свободная организация рабочего ритма и применение гибкого режима труда;

5) периодические профессиональные перемещения и совмещение смежных профессий.

Кроме них, используются «компенсаторные методы», которые не меняют организации трудового процесса, но позволяют снизить отрицательный эффект монотонности труда (трансляция функциональной музыки во время работы; производственная гимнастика; организация общения во время работы и в регламентированные перерывы и т.д.). Применение таких методов сопровождается использованием некоторых технических средств, что в конечном счете приводит к усложнению ритмического рисунка работы, обогащению ее содержания.

Определение спроса - определение возможности потенциальных потребителей приобрести по определенной цене тот или иной товар или услугу.

Отношения общественные - совокупность всех видов отношений данного общества или данной формации общества. О. о. не являются однопорядковыми, например, с отношениями экономическими или политическими, а соотносятся с ними как род с видом. В то же время каждый вид играет в общей системе О. о. определенную роль. Так, экономические отношения выполняют детерминирующую роль по отношению к содержанию и характеру всех других. Наряду с экономическими существуют социальные, идеологические, политические отношения.

Отношения производственные - отношения, в которые вступают люди в процессе производства материальных благ, общественная форма производства. Производительная деятельность людей всегда носила совместный характер. С усложнением производства, его расчлененностью, связи между людьми укреплялись благодаря взаимному обмену деятельностью. В результате дифференциации людей по отношению к средствам производства (возникновение различных форм собственности) произошло классовое расслоение общества. О. п. стали сложной системой связей между людьми, главные элементы которой - это отношения собственности на средства производства, отношения к обмену и распределению производственных материальных благ, а также отношения производителей друг к другу, обусловленные их специализацией.

Таким образом, О. п. - это совокупность объективных материальных и экономических отношений, складывающихся в процессе общественного производства и движения общественного продукта от производства до потребления. К. Маркс называл О. п. «вещными отношениями», объективно противостоящими отношениям людей, групп, коллективов. Все остальные виды отношений между людьми, названные К. Марксом отношениями общения, возникают на их основе.

О. п. являются базисными, первичными, так как складываются в основной сфере жизни общества - сфере материального производства. Они находятся в постоянном развитии, причем в тесной связи с развитием производительных сил, и в свою очередь, активно влияют на их развитие.

Общественное здоровье (потенциал, или фонд здоровья) - 1) макроэкономическое понятие, характеризующее страну, государство, общество. О. з. отражает сложное социально-биологическое состояние общности людей, определяет реальные свойства, которыми обладает население как класс объектов, как целостное образование. О. з. столь же реальное явление, как национальное богатство, общественное потребление, образовательный уровень, качество жизни. О. з. - это не только совокупность характеристик и признаков индивидуального здоровья, но и интеграция социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество; 2) медико-социальный потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности. О. з. обусловлено комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов; его улучшение будет способствовать увеличению продолжительности и качества жизни, благополучию людей, гармоничному развитию личности и общества; 3) наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепления психического, физического

здоровья через эффективный и организованный вклад общины и общества; 4) система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества. Относится к системе охраны здоровья и, как и здравоохранение, рассматривается как система жизнеобеспечения населения; 5) совокупность учреждений и служб, обеспечивающих зону первого контакта пациента с профилактической и лечебной помощью.

Общественный сектор национальной системы здравоохранения - органы управления здравоохранением и подчиненные им организации здравоохранения, основными источниками финансирования которых являются бюджеты всех уровней и средства ОМС.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - 1) составная часть государственного социального страхования. Обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС; 2) вид медицинского страхования, являющийся формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Обязательное социальное страхование - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

О. с. с. представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, - иных категорий граждан вследствие: признания их безработными, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих О. с. с.

Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - вид социального страхования, который предусматривает:

- обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;

- возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных установленных Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» случаях, путем предоставления застрахованному в полном объеме всех необходимых видов обеспечения по страхованию, в том числе оплату расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;

- обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Охрана здоровья - см. здравоохранение.

Оценка качества медицинской помощи - 1) определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам, ожиданиям и потребностям отдельных пациентов и групп населения. 2) оценка страховой медицинской организацией качества медицинской помощи в соответствии с Порядком оценки,

утвержденным органом управления здравоохранения субъекта Федерации, по согласованию с ТФОМС, медицинской ассоциацией, ассоциацией страховщиков.

Оценка профилактических программ - компонент программного цикла, динамический процесс, оценка планирования, хода реализации и полученных результатов, основная часть процесса управления профилактической программой.

Оценка структуры - обобщенное регистрируемое отображение всех видов имеющихся в распоряжении ресурсов. Структура относится к относительно стабильным характеристикам лиц и учреждений, предоставляющих медицинскую помощь, к имеющимся у них инструментами и ресурсами, а также физической и организованной среде, в которой они работают. Структурные показатели оценивают адекватность человеческих, материальных и физических ресурсов, требуемых для оказания медицинской помощи.

Паритет покупательной способности - соотношение между двумя (или несколькими) валютами по их покупательной способности к определенному набору товаров и услуг - частных (по определенной товарной группе) или общих (по всему общественному продукту).

Пациент - 1) потребитель медицинских и связанных с ними услуг, независимо от состояния его здоровья в момент обращения в ЛПУ за медицинской помощью; 2) лицо, которому оказывается разовая, временная или постоянная медицинская помощь и связанные с ней услуги, или в отношении которого осуществляется медицинское воздействие; 3) лицо, обратившееся за медицинской помощью или находящееся под медицинским наблюдением.

Поведение экономическое - образ, способ, характер экономических действий граждан, работников, руководителей, производственных коллективов в тех или иных складывающихся условиях экономической деятельности, жизни.

Полномочие - право одного лица (представителя) совершать сделки от имени другого (представляемого), тем самым создавая, изменяя или прекращая права и обязанности представляемого.

Позиционирование товара - определение места товара на рынке в ряду других аналогичных товаров с позиций потребителя. П. т. включает определение особенностей, характерных черт, отличающих его от аналогичных товаров-конкурентов.

Показатели состояния здоровья - включают: антропометрические данные; показатели нервно-психического развития (у детей); распределение по «группам здоровья»; распространенность конкретных заболеваний (включая длительно текущие фоновые состояния); уровни заболеваемости; уровни смертности; уровни травматизма; уровни алкоголизации и наркотизации (употребление психоактивных веществ).

Показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи - определяется в количестве посещений на 1000 населения и в днях лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому на 1000 населения.

Показатель объема скорой медицинской помощи - выражается в количестве вызовов на 1000 человек.

Показатель объема стационарной помощи - выражается в количестве койко-дней на 100 человек.

Политика в области здравоохранения - совокупность решений и обязательств по проведению определенного курса действий, ориентированного на реализацию конкретных целей и задач по медико-санитарному обеспечению населения.

Политика в области качества - деятельность по созданию товаров и услуг, удовлетворяющих нужды потребителей и отвечающих установленным стандартам.

Положение финансовое - ресурсы организации (активы), сопоставленные с их источниками (обязательствами и собственным капиталом); показано в бюджете.

Потребление - использование продуктов труда для удовлетворения потребностей людей, в процессе которого эти продукты перестают быть потребительными стоимостями

(благами). П. подразделяется на производственное и непроизводственное. Непроизводственное П. - особый процесс, входящий в общественное производство, наряду с собственно производством, распределением и обменом. В ходе его произведенные предметы потребления перестают быть потребительными стоимостями. Наряду с использованием вещей оно включает в себя П. услуг. Непроизводственное П. делится на личное, в ходе которого удовлетворяются потребности отдельных людей, и общественное, в процессе которого удовлетворяются потребности социума. Непроизводственное П. - это собственно П. Производственное П. - это собственно само производство, но выступающее потребителем средств производства, в ходе которого последние перестают быть тем, чем были. В собственно производстве потребляются не только средства производства, но и рабочая сила. П. - необходимый момент общественного производства, без которого последнее существовать не может.

Характер П. в конкретном обществе зависит от уровня развития производительных сил и типа производственных отношений. Важную роль в определении характера П. играют виды хозяйственной деятельности, особенности природной среды, а также культурные традиции с множеством различных норм, предписаний, обычаев. Этническая специфика П. с переходом к капитализму начинает утрачиваться, однако этот процесс далек от завершения.

Престиж - авторитет, влияние, уважение. П. социальный - отражение в общественном сознании реального положения в системе общественных отношений отдельного человека, социальной, профессиональной группы (слоя), трудового коллектива и т.п., характеризующее влияние, уважение, которыми они пользуются в обществе. Критерий П. с. применяется для анализа социальной стратификации, наряду с критериями дохода, власти и др. В более узком смысле П. с. означает то место, которое, с точки зрения общественного мнения, занимает тот или иной социальный статус в иерархии других статусов. На основе опросов общественного мнения строятся шкалы П. с, проводится сопоставительный анализ таких шкал в разных странах. П. с. тесно связан с престижем профессий и редко выделяется для самостоятельного изучения.

Прибыль - обобщающий показатель финансовых результатов хозяйственной деятельности; определяется как разность между выручкой от хозяйственной деятельности и суммой затрат на эту деятельность.

Прирост - увеличение экономического показателя по отношению к его исходной величине, базовому значению.

Принципал - глава, хозяин. Лицо, участвующее в сделке за свой счет; лицо, уполномочивающее другое лицо действовать в качестве агента.

Программа маркетинга - системы взаимосвязанных мероприятий, определяющих действия предприятия - производителя и экспортера - на заданный период времени по всем блокам маркетинга. Формируются на основе комплексного исследования рынка, выявления запросов покупателей, стратегии и тактики маркетинга.

Производственные силы - см. Силы производственные.

Производство - процесс создания материальных благ, необходимых для нормальной жизнедеятельности людей в обществе. Создаваемые в П. материальные блага - это вещи или предметы как непосредственно потребляемые человеком, так и предназначенные для дальнейшего развития П. В этом значении П. выступает как экономическая категория.

Материальное П. включает в себя: 1) целесообразную деятельность или труд; 2) предметы труда^а; различные материалы как естественные, природные, так и подвергшиеся обработке; 3) средства П., служащие для воздействия на предмет труда; главная составная их часть - орудия П. (инструменты, машины, автоматы).

Предметы труда и средства труда в совокупности образуют средства П., которые составляют основную часть материального богатства общества. Средства П. могут функционировать только в соединении с человеческой деятельностью. Такое соединение составляет производительные силы - одну сторону П. Вторая его сторона -

производственные отношения - образуются в процессе совместной производственной деятельности людей.

П. всегда непрерывно и возобновляемо, т. е. является основой воспроизводства как единства постоянного процесса П., обмена, распределения и потребления материальных благ. Различают П. возобновляемое в неизменных масштабах, т.е. простое воспроизводство, и П. в расширенных масштабах - расширенное воспроизводство. Развитие общества характеризуется именно расширенным воспроизводством.

В самом общем виде различается материальное и нематериальное П. (искусство, наука, образование, медицина и т.п.). Выделяются также главные сферы материального П. (промышленность, сельское хозяйство, строительство, транспорт и т.д.), каждая из которых классифицируется по ряду признаков. Например, в промышленном П. по фазам производственного процесса выделяется основное и вспомогательное (обслуживающее).

По своим масштабам и специализации П. подразделяется на массовое, серийное и единичное, а также на опытно-серийное и опытно-единичное. По методам организации производственного процесса - на поточное, мелкосерийное и индивидуальное; по характеру протекания - на непрерывное и прерывное (дискретное); по характеру поступления сырья и материалов или наличия условий для производства - на сезонное и круглогодичное; по степени специализации выпускаемой продукции - на специализированное, универсальное (комплексное) и смешанное, и

Специализация П. - форма общественного разделения труда, связанная с техническим прогрессом П.

Специализация П. сочетается с его кооперированием - организацией производственных связей между предприятиями, отраслями и регионами страны, а также между странами в целях совместного изготовления продукции на основе общественного разделения труда и специализации П. Развитие специализации и кооперирования П. - одно из важнейших условий технического прогресса и рациональной организации общественного П.

Ритмичность П. - выпуск продукции равными или возрастающими величинами в одинаковые промежутки времени (месяц, декада, сутки, час). Степень ритмичности - важнейший качественный показатель работы предприятия, производственной культуры. Обеспечение ритмичности П. требует четкого взаимодействия всех служб предприятия. Условиями ритмичной работы являются правильная организация планирования, учет и контроль за выполнением плана, рациональная организация П. и труда, своевременный технический контроль за качеством продукции.

Эффективность П. - важнейший экономический критерий, который характеризует соотношение между достигнутым результатом П. и затратами материальных, финансовых и труд^{овых} ресурсов. Основными путями повышения эффективности П. являются рост производительности труда, улучшение использования основных производственных фондов, рациональное использование материальных ресурсов, достижение высокого качества всех видов продукции, ускорение темпов научно-технического прогресса, ускорение строительства новых, реконструкцию и техническое перевооружение действующих предприятий, совершенствование хозяйственного механизма, улучшение качества работы во всех звеньях народного хозяйства.

Протест векселя - протест в неплатеже, удостоверение факта неоплаты векселя по заявлению векселедержателя нотариусом.

Перспектив эмиссия - документ, в котором объявляется предельный размер выпуска в обращение банковских и казначейских билетов, ценных бумаг, акций и т.д. в течение определенного периода.

Профессия - 1) род трудовой деятельности, занятий, определяемый производственно-технологическим разделением труда и его функциональным содержанием; 2) большая группа людей, объединенная общим родом занятий, трудовой деятельностью.

В обществе существует иерархия П., зависящая от степени сложности и ответственности выполняемой работы и отражающаяся в общественном сознании в виде престижа профессий.

Совокупность П. и их взаимосвязь образуют профессиональную структуру общества. Поскольку профессиональное разделение труда связано с его общественным разделением (умственный и физический, аграрный и индустриальный, организаторский и исполнительский труд и т.д.), постольку профессиональная структура связана и взаимодействует с социальной структурой.

Граница П., число и виды входящих в нее специальностей изменчивы, подвижны. Нарастающая специализация труда под воздействием научно-технического прогресса сочетается и взаимодействует с формированием групп родственных профессий, появлением «сквозных» профессий, свойственных различным отраслям производства. В процессе интеллектуализации трудовой деятельности возрастает специализация внутри П. умственного труда, в то же время многие его виды «технизуются» благодаря применению современных компьютерных, множительных и других устройств. В результате растущее число профессий занимает пограничное положение в общественном разделении труда, сочетая в себе разные его виды.

П. может быть описана с помощью системы признаков, характеризующих данный вид труда, требований к работнику той или иной П. - профессиограммы, составляемой, в частности, с помощью экспертных оценок и других методов социологического анализа.

Профилактика третичная - совокупность мер, направленных на предупреждение перехода острого заболевания (или травмы) в хроническое или в более тяжелую стадию, обострений в течение болезни, нетрудоспособности и инвалидности, а также преждевременной смертности.

Профилактическая программа - систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья.

Профилактические медицинские осмотры - вид медицинских услуг, направленных на выявление и оценку влияния различных факторов риска, отклонений в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных мероприятий.

Процесс (от лат. *processus* - продвижение) - 1) последовательная смена явлений, состояний, изменений в развитии чего-либо; 2) совокупность последовательных действий, направленных на достижение определенных результатов; 3) судебное дело; порядок осуществления деятельности следственных, административных и судебных органов.

Процесс оказания медицинской помощи - деятельность, состоящая из медицинских мероприятий по отношению к конкретному пациенту.

Процесс социальный - 1) последовательное изменение состояний или элементов социальной системы и ее подсистем, любого социального объекта. Различают П. с. функционирования, обеспечивающий воспроизводство качественного состояния объекта; П. с. развития, обуславливающий переход объекта к качественно новому состоянию; развитие может быть прогрессивным и регрессивным, эволюционным и революционным; П. с. различают также по объекту (человечество, общество, класс, организация, малая группа), по степени управления (стихийный, естественно-исторический,

целенаправленный); 2) любая поддающаяся идентификации, повторяющаяся модель социальных взаимодействий: конфликт, кооперация, конференция, дифференциация и т.д.

Процесс реализации профилактических программ - компонент программного цикла, включающий комплекс организационно-технологических мероприятий по выполнению профилактической программы.

Процесс управления - в службах здравоохранения или в любой другой области процесс управления включает в себя мероприятия следующего рода:

- изучение объекта управления и окружающих его воздействий, исследование современных и будущих проблем;
- формулирование этих проблем с тем, чтобы оценить их значение и определить задачи и цели;
- разработка других средств достижения целей, их изучение и выбор между ними;
- получение (всегда возможны ограничения) ресурсов (материальных, кадровых и финансовых), необходимых для использования выбранных средств;
- определение задач (организации, а также отдельных лиц или групп) таким образом, чтобы эффективно использовать имеющиеся знания и навыки;
- развитие и расширение знаний, навыков и способностей;
- принятие адекватных решений, в том числе и на перспективу;
- доведение решений до исполнителей;
- побуждение людей к принятию поставленных целей и к работе по достижению этих целей с помощью выбранных средств;
- осуществление надзора, контроля и оценки в целях достижения соответствия выбранных средств имеющейся квалификации и опыту.

Процент ссудный - плата, получаемая кредитором от заемщика за пользование денежной ссудой.

Процентная ставка - размер процента, устанавливаемый банками по различным видам проводимых ими операций (краткосрочные или долгосрочные ссуды, срочные вклады, вклады до востребования и т.п.).

Развитие - 1) индивидуальное Р. (онтогенез) - проявляющееся в совокупности последовательных морфологических, физиологических, биохимических изменений, происходящих в организме с момента его зарождения до конца жизни; 2) историческое Р. (филогенез) - Р. организмов (видов, родов, семейств и т.д.) и органического мира в целом на протяжении всего периода существования жизни на Земле; 3) движение от низшего к высшему по восходящей линии, движение от старого качественного состояния к новому, более высокому, процесс обновления, рождения нового, отмирания старого; 4) необратимо направленное закономерное изменение материальных и идеальных объектов, в результате которого возникает их новое качественное состояние; 5) степень сознательности, просвещенности, культурности.

Развитие социальное - процесс, в ходе которого происходят существенные количественные и качественные изменения в социальной сфере общественной жизни или отдельных ее компонентах - социальных отношениях, социальных институтах, социально-групповых и социально-организационных структурах и т.д.

Р. с. осуществляется путем эволюции (старые элементы определенной социальной системы вытесняются постепенно накапливающимися новыми элементами) или революционных преобразований, социальной революции (относительно быстрое и единовременное разрушение всех устаревших элементов системы и замена их новыми, возникающими сразу в системном единстве). Источником Р. с. выступают разного рода социальные противоречия, а также противоречия между социальными явлениями, с одной стороны, и между экономическими, политическими, идейно-психологическими явлениями - с другой.

Как эволюционное, так и революционное Р. с. происходит не только в масштабах общества в целом, но и в рамках отдельных его звеньев и ячеек, а также тех или иных социальных общностей.

Р. с, как и экономическое развитие, может быть экстенсивным и интенсивным. В первом случае в социальный процесс вовлекаются все более широкие массы населения (например, быстрое и широкое повышение образовательного уровня масс) или расширяется система социальных связей, складывающихся между людьми. Второй путь заключается в упрочении социальных связей и отношений, в совершенствовании условий и образа жизни людей. Важной характеристикой Р. с. является быстрота протекания

соответствующих процессов. В силу конкретных объективных и субъективных причин они могут развиваться ускоренно, замедленно и почти вообще останавливаться.

Распределение - во-первых, движение материальных благ, завершающееся получением членами общества доли общественного продукта, во-вторых - результат этого процесса. Однако все продукты труда являются не только потребительскими стоимостями, но и обязательно находятся в чьей-то собственности. В основе первичного Р. вновь создаваемого продукта лежит Р. средств производства, которое уже существовало к началу данного цикла производства. Р. используемых средств производства определяет Р. вновь создаваемых средств производства. Таким образом, собственно производство есть воспроизводство не только вещей, но и тех общественных отношений, в рамках которых оно осуществляется. Первичное Р. в одинаковой степени распространяется как на средства производства, так и на предметы потребления. Вторичное Р. (собственно Р.) - особый процесс, отличный от собственно производства, и охватывает лишь предметы потребления. На первой фазе первобытного общества существовало так называемое уравнильное (равнообеспечивающее) Р. Размер доли, полученной тем или иным человеком, зависел, во-первых, от объема произведенного продукта, и во-вторых - от потребностей данного индивида. Переход ко второй фазе первобытного общества был ознаменован появлением специфической для нее формы распределения по труду, значение которой постепенно возрастало. В результате вторичного Р. долю общественного продукта получают не все члены общества, а только определенная их часть. Остальная часть (прежде всего дети) получает свою долю уже в результате третичного Р., которое, в отличие от первичного и вторичного происходит в рамках уже не общества, а только семьи.

Расчетный чек - форма безналичного расчета между юридическими лицами.

Рузвельт, Франклин (XIX-XX вв.) - американский государственный деятель, президент. Его политика вывода США из Великой депрессии способствовала активизации деятельности государства в решении актуальных социально-экономических проблем, включая и охрану здоровья.

Связь - взаимообусловленность существования явлений и процессов, разделенных в пространстве и во времени. С. классифицируют: по формам детерминизма (однозначные, вероятностные и корреляционные), по направлению действия (прямые и обратные), по типу процессов, которые определяют деление С. (С. функционирования, С. развития, С. управления), по содержанию, которое является предметом С. (С, обеспечивающая перенос вещества, энергии или информации) и по другим критериям.

Сегмент рынка - часть рынка, которая имеет своих собственных потребителей и покупательские характеристики.

Сегментация рынка - 1) деление рынка на легко определяемые подрынки, каждый из которых имеет свою собственную группу потребителей и покупательские характеристики; 2) разделение рынка на отдельные сегменты по какому-либо признаку (тип валюты, страна, регион, отрасль, однородные группы потребителей, группы индивидуальных потребителей, выделенных по социальным признакам, платежеспособности, мотивам, культуре, религиозным традициям и т.д.). ^

Сертификат - 1) письменное свидетельство, удостоверяющее определенный факт (сертификат о мореходности судна, грузовой морской сертификат, медицинский о сделанных прививках и т.п.); 2) в финансово-кредитной сфере: а) удостоверение расчетной палаты, на основании которого регулируется задолженность банка - члена палаты; б) заемное финансовое обязательство государственных органов; выпускается обычно небольшими купюрами, размещается среди мелких и средних держателей; в) письменное свидетельство кредитного учреждения о депонировании денежных средств, удостоверяющее право вкладчика на получение депозита; 3) страховой С. - содержит условия договора страхования и заменяет страховой полис; 4) во внешнеторговой

практике - документ, выдаваемый уполномоченным органом (например, Торгово-промышленной палатой Российской Федерации) - С. качества, С. происхождения товара.

Сертификация медицинских, аптечных учреждений и лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, - подтверждение соответствия условий осуществления медицинской и фармацевтической деятельности нормативным документам и профессиональным стандартам.

Сеченов Иван Михайлович (ХГХ в.) - русский ученый, физиолог. Впервые обосновал социально допустимые пределы соотношения рабочего и свободного времени для лиц с нормированным трудовым днем.

Силы производительные - совокупность средств производства и людей, приводящих их в движение в целях производства материальных благ.

При всей значимости средств и орудий производства (машины, инструменты, приборы), решающая роль в развитии производства принадлежит людям. Участники общественного производства - главная С. п. общества. Из их опыта, трудолюбия, активности и трудоспособности и образуется главный потенциал развития общественного производства. К. Маркс называл развитую С. п. всех индивидов действительным богатством общества.

Люди создают средства производства, состоящие из предметов и средств труда. Совокупность средств производства образует материально-техническую базу общества. На современном этапе дальнейшее развитие С. п. невозможно без науки, поэтому наука все более становится непосредственной С. п.

Совершенствование С. п. - основа общественного прогресса. От уровня развития С. п. зависит и характер отношений между людьми в сфере производства - производственных отношений, которые, в свою очередь, оказывают определяющее влияние на характер и темпы развития С. п. и производственные отношения - важнейшие стороны способа производства. Когда С. п. развиваются настолько, что им становятся тесны рамки существующих производственных отношений, устаревшие их формы отбрасываются. Новые производственные отношения между людьми и, следовательно, новый общественный строй появляются и утверждаются, когда созревают материальные условия их существования - определенный уровень развития С. п.

Система управления - элемент организационной структуры фирмы, в которую входят системы финансирования, планирования, контроля за выпуском продукции, учета и т.д. Главная проблема заключается в выявлении степени соответствия существующих систем намечаемой стратегии фирмы.

Система - упорядоченная совокупность взаимодействующих элементов (объектов, процессов, явлений, подсистем) с установленными между ними отношениями. Системы могут характеризоваться размерами, динамикой, открытостью, способами представления и т.д. Различают синтез и анализ систем.

Система здравоохранения - совокупность органов управления и организаций здравоохранения, деятельность которых направлена на сохранение и укрепление здоровья граждан, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Система качества - совокупность организационной структуры, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления общего руководства качеством.

Смит Адам (XVII в.) - английский ученый, экономист. Основоположник всей современной экономической науки.

Собственность - 1) принадлежность чего-либо кому-нибудь с правом распоряжения; 2) социально санкционированное признание за группой или индивидом прав, привилегий и ответственности по отношению к какому-либо объекту (предмет, ресурсы, деятельность).

Содержание работ - относительная степень влияния, которое рабочий может оказать на саму работу и рабочую среду. Сюда относятся такие факторы, как самостоятельность в планировании и выполнении работы, определении ритма работы и участие в принятии решений.

Сознание общественное - отображение в духовной деятельности людей интересов, представлений различных социальных групп, классов, наций, общества в целом.

Социальные нормы - требования, предписания, пожелания и ожидания соответствующего поведения. Возникновение и функционирование С. н., их место в социально-политической организации общества определены объективной потребностью в упорядочении общественных отношений.

В основе возникновения С. н. («общих правил») лежат прежде всего потребности материального производства. Повторяемость актов производства, распределения и обмена требует общих правил, которые обеспечили бы регулярность и единообразие социальных взаимодействий. В силу этого С. н. воплощают в себе абстрактную модель указанных взаимодействий, позволяющую индивидам предвидеть действие иных участников общественных отношений и соответственным образом строить собственное поведение. С. н. становятся: на стороне индивида - мерой поведения, на стороне общества - масштабом оценки этого поведения. Такова модальная функция С. н.: мерой поведения руководствуется индивидум - оценка принадлежит обществу.

С. н. отражают также основные требования, необходимые для любых форм человеческого общежития. Важное в социальном смысле свойство С. н. - относительная стабильность, постоянство; будучи закреплены в праве, они носят общеобязательный характер. Однако это же свойство лишает их мобильности, возможности самопроизвольного перестроения с учетом изменившейся социально-экономической ситуации. По мере расхождения с изменившимися социальными условиями спонтанно возникают новые, неинституционализированные С. н. С одной стороны, они могут более адекватно отражать изменившиеся условия, но с другой, находясь вне институционального контроля, не будучи легитимизированы, они способны открыть дорогу правонарушениям и преступности. Часто будучи адекватными (функциональными) в данном локальном смысле, они могут вести к дисфункциям в масштабе экономики в целом, которая нуждается в институциональном регулировании именно потому, что является единой для всего общества взаимосвязанной системой. В этих условиях институционализация норм должна быть адекватной этим новым, передовым характеристикам производительных сил общества.

Невозможно существование С. н., свободных от социальных, политических целей и организаций. Взаимодействие между предписываемой формой и достигаемым результатом действия С. н. может быть представлено в виде следующих вариантов.

1. Форма С. н. соответствует достигаемому результату.

2. Форма С. н. соблюдается, однако она отрывается от реального положения, становится самоцелью, что ведет к дисфункциональным последствиям.

3. Реальный результат достигается, однако его достижение связано с обходом, игнорированием либо прямым нарушением институциональных норм и запретов, что выражается в появлении элементов неформальной («теневой») социальной девиации.

Скорая медицинская помощь - оперативная выездная первичная или специализированная медицинская помощь по экстренным (жизненно важным) показаниям.

Сложная медицинская услуга - набор простых медицинских услуг, для реализации которого требуются определенный состав персонала, комплексное техническое оснащение, специальные помещения и т.д. Формула С. м. у.: пациент + комплекс простых услуг = этап профилактики, диагностики или лечения.

Состояние здоровья (индивидуума, отдельных групп, населения в целом) - оценивается на основе изучения специальных показателей, характеризующих уровень

здоровья (или нездоровья): общей заболеваемости, заболеваемости конкретными болезнями, травматизма, антропометрических измерений и смертности.

Социальный маркетинг - система принципов, методов и мер, основанная на установлении нужд и интересов целевых рынков, обеспечении желаемой удовлетворенности более эффективными и продуктивными способами с одновременным сохранением и укреплением благополучия и безопасности потребителя, общества в целом.

Специальность - 1) отрасль производства, науки, техники, искусства и т.п. как область чьей-либо деятельности, работы или учебы; 2) род занятий, профессия.

Стагфляция - состояние экономики, в котором сочетаются застой (стагнация) и обесценивание денег, рост цен (инфляция).

Стратегия выхода на рынок - совокупность решений фирмы по ценам и способам стимулирования сбыта при внедрении на рынок нового товара. .

Стратификация - 1) социальная дифференциация и неравенство на основе таких критериев, как социальный престиж, самоидентификация, профессия, доход, образование, участие во властных отношениях и т.д.; 2) постоянное ранжирование социальных статусов и ролей в социальной системе (от малой группы до общества).

Структура (от лат. *structura* - строение, расположение, порядок) - расположение и связь частей, составляющих целое; внутреннее строение чего-либо. С. можно различать: по сфере существования - материальные (физические, биологические, химические) и идеальные (психические, познавательные, логические); по характеру связи - порядковые, композиционные, топологические; по направленности - субстанциальные и функциональные; по разнообразию связей - простые и сложные.

Субсидии - вид денежного пособия, предоставляемого государством организациям и учреждениям.

Субвенции - денежные средства, выделяемые на конкретные цели и на определенный срок муниципальным образованиям из федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации и подлежащие возврату в соответствующий бюджет в случае неиспользования их по целевому назначению в установленный срок.

Субъекты медицинского страхования - в качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Субъекты системы здравоохранения - органы управления, уполномоченные в пределах своей компетенции решать вопросы здравоохранения; юридические и физические лица, пациенты, медицинские и фармацевтические работники, вступающие в отношения, связанные с системой здравоохранения, а также созданные в соответствии с договорами межтерриториальные медицинские организации, комиссии, межведомственные комиссии, сформированные для решения вопросов здравоохранения и обеспечения координации деятельности.

Субъекты Федерации - административно-территориальные образования в составе Федерации. Всего в РФ 89 субъектов федерации: 21 республика, 6 краев, 49 областей, 2 города федерального значения, 1 автономная область и 10 автономных округов. Республики имеют свои конституции, свое законодательство. Края, области и другие объекты имеют уставы, законы и иные правовые акты. Во взаимоотношениях с федеральными органами государственной власти все субъекты федерации между собой равноправны.

Сфера социальная - относительно самостоятельная сфера жизнедеятельности общества, охватывающая отношения между социальными общностями, внутри этих общностей, между отдельными личностями, занимающими разное положение в обществе и принимающими неодинаковое участие в его социальной жизни.

Талон амбулаторного пациента - заполняется медицинскими работниками ЛПУ (подразделения), осуществляющими амбулаторный прием и

использующими систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания.

Торговая марка (товарная марка, товарный знак) - имя, термин, символ, знак, рисунок или их сочетание, позволяющие идентифицировать товар или услугу одного (или группы) изготовителя (продавца), а также отличить их от товаров (услуг) конкурирующих фирм.

Тратта - переводной вексель.

Удовлетворенность трудом - состояние сбалансированности требований (запросов), предъявляемых работником к содержанию, характеру и условиям труда, и субъективной оценки возможностей реализации этих запросов.

Условия труда - существенный элемент трудового процесса, формирующийся под воздействием взаимосвязанных факторов социально-экономического, технико-организационного, естественно-природного характера и влияющий на здоровье, работоспособность человека, его отношение к труду, степень удовлетворенности им, на эффективность производства, уровень жизни и всестороннее развитие личности.

В специальной литературе как синонимы употребляются термины: «условия трудовой деятельности», «производственные условия», «физические условия труда», «материальные условия труда», «непосредственные условия труда», «санитарно-гигиенические условия труда» и др., что связано с дифференцированным интересом представителей различных областей знаний к проблемам совершенствования У. т. Наиболее распространенная классификация У. т. включает факторы, всесторонне воздействующие на человека как главную производительную силу общества и как личность:

1) социально-экономические (нормативно-правовые, экономические, социально-психологические, общественно-политические), которые непосредственно обусловлены совокупностью производственных отношений, а опосредованно - уровнем развития производительных сил;

2) технико-организационные (средства труда, предметы и продукты труда, технологические процессы, организация труда, организация управления), которые непосредственно обусловлены уровнем производительных сил, а опосредованно - производственными отношениями;

3) естественно-природные (географические, биологические, геологические) - обусловлены особенностями природной среды, в которой совершается труд, а также создают среду, в которой действуют факторы 2 первых групп.

Все эти факторы находятся в неразрывном единстве и воздействуют на процесс труда одновременно. В реальной жизни велико разнообразие элементов, составляющих У. т. Они неоднородны по составу и характеру воздействия на человека: 1) санитарно-гигиенические элементы (микроклимат, освещенность, шум, вибрация, состояние воздушной среды, ультразвук, разнообразные излучения, контакт с водой, маслом, токсичными веществами, общая и профессиональная заболеваемость), составляющие внешнюю среду в рабочей зоне; 2) психофизиологические элементы (физическая нагрузка, нервно-психическое напряжение, монотонность работы, рабочая поза и т.д.), обусловленные процессом труда; 3) социально-психологические элементы, составляющие характеристики так называемого психологического климата трудового процесса, а также некоторые его социальные характеристики; 4) эстетические элементы (художественно-конструкторские качества рабочего места, архитектурно-художественные качества интерьера, применение функциональной музыки и т.д.).

Учет векселей - форма кредитования банком векселедержателя в виде покупки им векселей до наступления срока платежа по ним, т. е. банк авансирует клиенту деньги, взимая за это учетный процент. Свои права по учетному векселю векселедержатель передает банку путем передаточной надписи (индосамента).

Факторинг - кредитование клиента банком, разновидность торгово-комиссионной операции, универсальная система финансового обслуживания.

Форфейтинг - операция при продаже в кредит. Банк (форфейтор) выкупает векселя (тратты) импортера сразу после поставки товара, обеспечивая экспортеру немедленный платеж стоимости товара за вычетом разницы между стоимостями экспортного и форфейтингового кредитов.

Функция (от лат. *functio* - исполнение, свершение) - 1) зависимость какого-либо явления, переменной от какой-либо величины, аргумента; 2) роль, назначение чего-либо; 3) обязанности, круг действий.

Фьючерсные операции - сделки на срок, срочные сделки на биржах (до 2-3 лет), представляющие собой куплю-продажу валюты, финансовых, кредитных документов и др. по фиксируемой в момент заключения сделки цене.

Ценности групповые - социальные и культурные значения определенных явлений групповой жизнедеятельности, выраженные в форме нормативных представлений. Они выступают ориентирами группового поведения. Система Ц. г. формируется на основе общезначимых ценностей, модифицированных на основе групповых интересов (группового эгоизма), являющихся реальными причинами группового поведения.

Ценность социальная - компонент социальной системы, наделяемый особым значением в индивидуальном или общественном сознании. Ц. с. может обладать любой объект - как реальный, так и воображаемый, если он служит фокусом устремлений, желаний групп или отдельных лиц, рассматривается как важное условие существования, соответствующим образом оценивается, регулирует поведение людей. Разделяемые индивидами и группами Ц. с. служат масштабом оценки поступков с точки зрения их соотношения с данной системой ценностей.

Спектр Ц. с. достаточно разнообразен - это ценности моральные, идеологические (политические), в некоторых системах - религиозные, национально-этнические, экономические, эстетические и др. Ценности непосредственно связаны с общественными идеалами.

Будучи порождением способа производства материальной жизни, который обуславливает социальный, политический и духовный процесс жизни, Ц. с. в свою очередь, являются регуляторами человеческих стремлений и поступков. Взаимовлияние Ц. с. характеризуется 2 чертами: 1) по степени общественной значимости и важности ценности складываются в определенную иерархическую структуру, подразделяясь на более и менее предпочитаемые; 2) отношение между этими ценностями может быть гармоничным, взаимоподкрепляющим, нейтральным или антагонистическим, взаимоисключающим. Это соотношение ценностей складывается в ходе исторического развития общества.

Качество Ц. с. быть мерилем оценок связано с тем, что в любой системе ценностей можно выделить предпочитаемые в наибольшей степени (акты поведения, приближающегося к социальному идеалу; то, чем восхищаются, но чему не всегда следуют); считающиеся нормальными, правильными (как поступают в большинстве случаев); не одобряемые, порицаемые (на крайнем полюсе - то, что считается аморальным, преступным).

Хеджирование - 1) страхование валютных и других рисков путем внешнеторговых и кредитных операций, изменения валюты торговой или кредитной сделки, создания резервов для покрытия возможных убытков в результате изменения валютных курсов и т.д.; 2) в более узком смысле - страхование валютного риска путем встречных требований и обязательств в иностранной валюте (см. фьючерские операции).

Эластичный спрос - спрос, имеющий тенденцию существенно меняться при незначительных колебаниях цены.

Элемент (от лат. *elementum* - стихия, первоначальное вещество) - 1) в античной философии - одна из основных частей природы (огонь, воздух, вода, земля), первоначало

всего существующего; 2) неразложимый компонент сложных тел, материальных систем, технических построений; 3) какой-либо объект, связанный определенными отношениями с другими объектами в единый комплекс.

Эрхард Людвиг (XIX-XX вв.) - западногерманский государственный деятель, канцлер. В своей политике исходил из принципа социально ориентированного рыночного хозяйства: конкуренция - насколько возможно, регулирование - насколько необходимо.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Азаров А. В. Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохран. - 1999. - 2-3. - С. 29.

Акопов В.И., Бова А.А. Юридические основы деятельности врача: Учеб.-метод. пособие для студентов мед. вузов. - М.: Эксперт, бюро, 1997. - 256 с.

Актуальные вопросы организации обязательного медицинского страхования: Материалы сов. - М.: ФФОМС, 2000. - 214 с.

Алексеева В.М. Сравнительная оценка стандартов медицинской помощи больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Проблемы городского здравоохранения. - СПб.: СПбГМУ, 1997. - Вып. 2. - С. 107-140.

Алексеева В.М. Формирование экономического мышления выпускников факультета ВСО в процессе выполнения дипломных работ. 240 лет Московской медицинской академии «Современные проблемы образования в высшей медицинской школе» // Материалы научно-методической конференции преподавателей академии. - М.: ММА, 1998. - С. 40-47.

Алексеева В.М., Лебедева Н.Н. Методические подходы к определению экономической эффективности и расходов на проведение профилактических мероприятий // Материалы симпозиума «Практические основы в работе врача общей практики (семейного врача)» / Центр медицинских исследований Университета Осло в Москве; ММА им. И.М. Сеченова; ВОЗ. - М.: ММА, 1997. - 40 с.

Алексеева В.М., Орлова О.Р., Шамигурина Н.Г. Экономический анализ эффективности альтернативных методов медицинской помощи (на примере лечения фокальной дистонии) // Здравоохранение. - 2001. - ? 3. - С. 19-30.

Алексеева В.М., Соболева Л.В., Шамигурина Н.Г. Управление системой лечебного питания в многопрофильной больнице // Глав. мед. сестра. - 1999. - С. 23-30.

Бабаев А. Об изучении экономических отношений в непродовольственной сфере // Эконом, науки. - 1990. - ? 12. - С. 37-47.

Бабаян Э.Л., Гаевский А.В., Бардин Е.В. Правовые аспекты оборота наркотических, психотропных, сильнодействующих, ядовитых веществ и прекурсоров. Нормативные документы. Методические материалы. Ответы на вопросы. - М.: МЦФЭР, 2000. - 438 с.

Бабич А.М., Жильцов Е.Н., Егоров Е.В. Социальная сфера в условиях перехода к рынку. М.: РАУ, 1993. - 112 с.

Баканов М.И., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа. - М.: Финансы и статистика, 2000. - 416 с.

Балабанов И. Т. Основы финансового менеджмента: Учеб. пособие. - М.: Финансы и статистика, 1997. - 480 с.

Бартнев С.А. Экономические теории и школы. - М.: БЕК, 1996. - 352 с.

Белоусов Р.А. Трудный поиск дороги к рынку. - М.: Знание, 1991. - 64 с.

Белоусов Р.А. Экономическая история России: XX век. Кн. 1: На рубеже двух столетий. - М.: Изд-во АТ, 1999. - 408 с.

Бойков В.Э., Шейман И.М., Шишкин С.В. Участие населения в финансировании здравоохранения // Здравоохранение. - 2000. - ? 3. - С. 37-38.

Борисов Е.Ф. Экономические теории. - М.: Манускрипт, 1993. - 465 с.

- Борисов Е.Ф., Волков Ф.М.* Основы экономической теории. - М.: Высш. шк., 1993. - 224с.
- Бояджян В.А., Щепин В.О.* Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп // Сов. здравоохран. - 1991. - ? 5. - С. 2-17.
- Бузгалин А.В.* Переходная экономика: курс лекций по политической экономии. - М.: Тау-рус, 1994. - 472 с.
- Ваганов В.В., Шипова В.М., Степанова СМ. и др.* Педиатрическая служба в условиях реформирования здравоохранения. - М.: Грантъ, 1999. - 232 с.
- Валовая М.Д.* Становление и использование стратегического маркетинга в процессе развития рыночной экономики: Автореф. дис. ... д-ра эконом. наук. - М., 1994. - 38 с.
- Васнецова О.А.* Маркетинг в фармации. - М.: Книжн. мир, 1999. - 332 с.
- Вахрушина М.Н.* Вопросы эффективности управленческих решений // Экономика здравоохран. - 2000. - ? 1. - С. 28-29.
- Вебер М.* Избранные произведения. - М.: Прогресс, 1990. - 808 с.
- Взаимодействие* территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций: организационные и финансовые аспекты: Учеб.-метод. пособие / Под ред. Г.В. Гуцаленко, А.М. Таранова. - М.: ФФОМС, 1999. - 172 с.
- Вишняков В.Т., Манукян Л.М.* О методологии анализа использования дорогостоящего медицинского оборудования // Экономика здравоохран. - 1999. - ? 4/37. - С. 14-15.
- Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В.* Управление и экономика здравоохранения. Учебн. пособие / Под ред. А.И. Вялкова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 328 с.
- Гайдаров Г.М., Смирнов С.Н., Кицул И.С. и др.* Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объёма и качества работы. - М.: МЦФЭР, 2000. - 160 с.
- Гапоненко А.Л.* Менеджмент в государственной службе и управление развитием региона. - М.: Улан-Удэ: ВСГАКИ, 2001. - 233 с. *Гапоненко А.Л.* Новые тенденции экономического развития. - М.: РАГС, 1997. - 41 с. *Гапоненко А.Л.* Стратегия социально-экономического развития: страна, регионы, город: Учеб. пособие. - М.: Изд-во РАГС, 2001. - 223 с. ,
- Гапоненко А.Л., Волков Е.А. и др.* Инструменты финансового менеджмента. - М.: РАГС, 1995. - 37 с.
- Гарантия* качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: Метод. пособие. - М.: ФФОМС, 1998. - 368 с.
- Гарнер Д., Оуэн Р., Конвей Р.* Привлечение капитала. - М.: Джон Уэйли энд Санз, 1995. - 464 с.
- Герасименко Н.* Финансирование здравоохранения: проблемы, итоги и перспективы (интервью) // Экономика здравоохран. - 1997. - ? 4-5. - С. 22-24.
- Гончаренко ВД., Солодкий В.А., Черепов В.М., Шиляев Д.Р.* О некоторых проблемах ресурсного обеспечения здравоохранения // Здравоохранение. - 1999. - ? 9. - С. 7-16.
- Гордин В.Э.* Социальная политика и социальный маркетинг. - СПб.: Изд-во СПб УЭФ, 1998. - 205 с.
- Государственное* регулирование рыночной экономики: федеральный, региональный и муниципальный уровни (вопросы теории и практики): Учеб. пособие / Бабич А.М., Бобков В.Н., Буланов В.С. и др. - М.: Изд-во РАРС, 1998. - 319 с.
- Гришин В.В., Мирский М.Б., Данишишина Е.И. и др.* Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования) / Под ред. О.П. Щепина. - М.: ФФОМС, 1997. - 227 с.
- Гришин В.В., Семёнов В.Ю. и др.* Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. - М.: ФФОМС, 1995. - 168 с. *Гуев А.Н.* Предпринимательская деятельность в медицине: Справочник. - М.: Рус. врач, 1998. - 127 с.

Денежные и финансовые проблемы переходного периода в России. Российско-французский диалог: Сб. науч. тр. / РАН, ин-т народнохозяйственного прогнозирования; Под рук. В.В. Ивантера. - М.: РАН, 1995. - 302 с.

Дефоссе Г. Фондовая биржа и биржевые операции. - М.: Центр-ПЭЛ, 1992. - 107 с.

Деятельность банков: Современный опыт США / Сост. и ред. С.С. Дзарасова. - М.: АЙСИ-БАНК; Экономист, 1992. - 167 с.

Дмитриев М. Политика социальных расходов в современной России // Вопр. экономики. - 1996. - ? 10. - С. 29-35.

Дмитриева О.Г. Региональная экономическая диагностика. - СПб.: Изд-во С.-Пб. ун-та экономики и финансов, 1992. - 274 с.

Дульциков Ю.С. Региональная политика и управление. - М: Изд-во РАГС, 1998. - 227 с.

Жарковт Г., Затцингер В., Милка. и др. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. - М.: Айс, 1998. - 424 с.

Желтякова И.А., Маховикова Г.А., Пузыня НЮ. Цены и ценообразование. Тесты и задачи: Учеб. пособие. - СПб.: Питер, 1999. - 208 с.

Жильцов Е.Н. Основы формирования хозяйственного механизма в сфере услуг. - М.: Изд-во МГУ, 1992. - 98 с.

Житников Ю.М., Власенко Т.Я. Оплата труда в здравоохранении. - М.: Книж. мир, 1998. - 437 с.

Житников Ю.М., Власенко Т.Я., Глуценко И.Я. Рабочее время, оплата труда, отпуска и льготы в здравоохранении. - М.: МЦФЭР, 1997. - 542 с.

Илларионов А. Модели экономического развития и Россия // Вопр. экономики. - 1997. - ? 7. - С. 24-32.

Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная). - М.: МЗ РФ и РАМН, 1999. - 36 с.

Исторические судьбы радикальной экономической реформы: Сб. науч. тр. / Абалкин Л., Аганбегян А., Арбатов Г. и др.; Под ред. Л.И.Абалкина, В.А. Медведева, А.Я. Конковско-го. - М.: Вопр. экономики, 1995. - 153 с.

Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги. Нормативные документы. Комментарии. - М.: Грантъ, 2000. - 493 с.

Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении. - М.: Грантъ, 1998. - 335 с; С. 212-223.

Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений // Прил. к журн. «Здравоохранение». - М.: МЦФЭР, 1999. - 195 с.

Кейнс Дж. М. Избранные произведения. - М.: Экономика, 1993. - 543 с.

Курсанова Т.Г. Информационно-рекламная деятельность фармацевтических организаций. Нормативные документы. Комментарии. - М.: МЦФЭР, 1999. - 288 с.

Клименко Г., Захаров В., Мухин Г. Опыт организации медицинской помощи населению по системе добровольного медицинского страхования в условиях городской поликлиники // Здравоохранение. - 1998. - ? 2. - С. 71-74.

Комаров Ю., Лебедева Н, Семенов В. и др. Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации. - М.: ТЕИС, 2001. - 353 с.

Комаров Ю.М. Концептуальные основы оценки качества и эффективности в здравоохранении // Казан, мед. журн. - 1988. - ? 6. - С. 458-460.

Коммерческая и некоммерческая деятельность в социальной сфере / Под ред. И.М. Шейма-на, Л.И.Якобсона. - М.: Наука, 1995. - 156с.

Концепция бухгалтерского учёта в рыночной экономике России // Экономика здравоохран. - 1998. - ? 1. - С. 34.

Корчагин В.П. Состояние финансирования здравоохранения // Там же. - 1995. - ? 1.- С. 10-19.

- Корчагин В.П.* Финансовое обеспечение здравоохранения. - М.: Эпидавр, 1997. - 272 с.
- Котлер Ф.* Основы маркетинга. - М.: Прогресс, 1993. - 734 с.
- Кравченко А.И.* Прикладная социология и менеджмент. - М.: Изд-во МГУ, 1995. - 208 с.
- Кравченко НА.* Региональные финансовые модели развития системы ОМС в России // Здравоохранение. - 1998. - ? 2. - С. 43-45.
- Кравченко НА., Поляков И.В.* Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). - М.: ФФОМС, 1998. - 392 с.
- Кузин В.Ф.* Некоторые аспекты совершенствования организации платных медицинских услуг населению // Здравоохранение. - 2000. - ? 4. - С. 36-43.
- Кузьменко М.М., Баранов В.В.* Финансовый менеджмент в здравоохранении России. - М.: Медицина, 1995. - 272 с.
- Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В.* Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. - М.: Медицина, 1994. - 304с.
- Курс экономической теории.* Сер. Учебники МГУ им. М.В. Ломоносова. - М.: ДИС, 1997. - 735 с.
- Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.Н. и др.* Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования: Учеб. пособие. - М.: ФФОМС, 2000. - 263 с.
- Кучеренко В.З., Гришин В.В., Семенов В.Ю. и др.* Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования: Учеб. пособие. - М.: ФФОМС, 1998. - 142 с.
- Кучеренко В.З., Гришин В.В., Сырцова Л.Е. и др.* Становление и развитие социальной медицины, организации и экономики здравоохранения в России / Под ред. В.З. Кучеренко, В.В. Гришина. - М.: ФФОМС, 1997. - 160 с.
- Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамигурина Н.Г. и др.* Экономика здравоохранения: Учеб. пособие. - М.: ФФОМС, 1996. - 137 с.
- Кучеренко В.З., Семёнов В.Ю., Сырцова Л.Ю. и др.* Основы медицинского маркетинга: Учеб. пособие. - М.: ФФОМС, 1998. - 108 с.
- Кучеренко В.З., Таранов А.М., Шамигурина Н.Г. и др.* Практикум по экономике здравоохранения и медицинскому страхованию. - М.: ФФОМС; Икар, 1999. - 156 с.
- Кучеренко В.З., Шамигурина Н.Г., Кобяцкая Е.Е.* Особенности финансового планирования в учреждениях здравоохранения г. Москвы: практика сегодняшнего дня и поиск внутренних резервов // Здравоохранение. - 1999. - ? 12. - С. 44-53.
- Кучеренко В.З., Шамигурина Н.Г., Танковский В.Э., Алексеева В.М.* Изучение потребностей в экономических знаниях у медицинского персонала // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 3. - СПб.: СПбГМУ, 1998. - С. 194-195.
- Ламперт Х.* Социальная рыночная экономика. Германский путь. - М.: Дело, 1993. - 224 с.
- Лебедев А.А., Лисицын Ю.П.* Новые подходы в моделировании взаимоотношений различных субъектов здравоохранения в условиях рыночной экономики переходного периода (или о применении маркетинговой стратегии в реформировании здравоохранения) // Экономика здравоохранения. - 1996. - ? 5. - С. 5-14.
- Лебедев А.А., Лисицын Ю.П., Макарова Т.Н.* Применение комплексного финансирования здравоохранения в условиях внутреннего рынка // Там же. - ? 9. - С. 38-45.
- Левин А.В.* Научное обоснование использования рыночных механизмов в управлении здравоохранением (на примере кардиологической службы): Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М., 1996. - 24 с.
- Лейард Р.* Макроэкономика. - М.: Джон Уайли энд Санз, 1994. - 160 с.

- Леонтьев В.* Межотраслевая экономика. - М.: Экономика, 1997. - 479 с.
- Лившиц А.Я.* Экономическая реформа в России и её цена. - М.: Культура, 1994. - 208 с.
- Лисицын Ю.П. и др.* Медицинское страхование. - М.: Медицина, 1995. - 142 с.
- Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Гришин В.В. и др.* Медицинское страхование. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и слушателей факультетов усовершенствования врачей. - М., 1994. - 94 с.
- Лоскутова Е.Е., Савельева З.А., Зайцева З.И.* Финансово-экономический анализ деятельности аптечного предприятия. - М.: МЦФЭР, 1999. - 176 с.
- Макарова Т.Н.* Вопросы формирования цен (тарифов) на медицинские услуги населению // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко. - 1994. - ? 1. - С. 47-50.
- Макарова Т.Н.* Об особенностях тарифов на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию // Глав. врач. - 1994. - ? 1. - С. 59-63.
- Макарова Т.Н., Кричагин В.И., Мильникова И.С., Индейкин Е.Н.* Цены на медицинские услуги. - М.: Присцельс, 1993. - 76 с.
- Макконнелл К.Р., Брю С.Л.* Экономика. Принципы, проблемы и политика: В 2 т. - М.: Республика, 1992. - Т. 1. - 399 с; Т. 2. - 400 с.
- Максимкина Е.А., Лоскутова Е.Е., Дорофеева В.В.* Конкурентоспособность фармацевтической организации в условиях рынка. - М.: МЦФЭР, 1999. - 256 с.
- Максимкина Е.А., Теодорович А.А.* Бухгалтерский учёт фармацевтического предприятия. - М.: Книж. мир, 1998. - 288 с.
- Малахова Н.Г.* Маркетинг медицинских услуг. - М.: МЦФЭР, 1998. - 159 с.
- Маркова В.Д.* Маркетинг услуг. - М.: Финансы и статистика, 1996. - 126 с.
- Маркова О., Солощенко И., Лунин Ю.* Финансирование государственной программы бесплатной медицинской помощи // Экономист. - 2000. - ? 4. - С. 36.
- Маршалл А.* Принципы экономической науки: В 3 т. - М.: Прогресс, 1993. - Т. 1. - 416 с; Т. 2. - 312 с; Т. 3. - 352 с.
- Менеджмент в системе обязательного медицинского страхования и здравоохранения: Учеб.-метод. пособие.* - М.: ФФОМС, 1999. - 351 с.
- Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента. - М.: Дело, 1994. - Гл. 19. - С.565-595.
- Методические рекомендации по разработке бизнес-плана лечебно-профилактическим учреждением.* - Кемерово: Сибформс, 1996. - 149 с.
- Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения / Под ред. Н.Б. Окушко.* - Кемерово: Сибформс, 2000. - 160 с.
- Модестов А.А.* Проблемы организации медико-социальной помощи, менеджмента, маркетинга в стационарных учреждениях социальной защиты и здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям.: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 1994. - 48 с.
- Мэнкью Н.Г.* Макроэкономика. - М.: Изд-во МГУ, 1994. - 736 с.
- Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А.* Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. - М.: Классик-Консалтинг, 1999. - 192 с.
- Народ, государство, регионы: стабильность развития / Под ред. В.Ф. Уколова и др.* - М.: Мол. гвардия, 2001. - 560 с.
- Нефедов В.П., Долгая В.М., Жоромская Н.Н.* Бухгалтерский учёт лечебного учреждения. - М.: Книж. мир, 1999. - 160 с.
- Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И.Н. Смирнова.* - М.: Наука, 1987. - 263 с.
- Обязательное медицинское страхование в г. Москве. Документы Московского городского фонда ОМС.* - М.: МУМ, 1998. - 64 с.
- Овчаров В.К., Ройтман М.П., Семенов В.Ю.* Экономические эксперименты в здравоохранении // Сов. здравоохран. - 1987. - ? 9. - С. 5-11.

- Овчинников Г.П.* Макроэкономика. - СПб.: Электр^{от}ехн-ин-т им. М.А. Бонч-Бруевича, 1993.- 230 с.
- Омельяновский В.В., Семенов В.Ю.* Роль фармакоэкономики в выработке законодательных решений по лекарственному обеспечению // Фармация. - 2001. - ? 2. - С. 10-12.
- Орлов В.А., Гиляревский СР.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. - М., 1992.
- Орлов В.А., Гиляревский СР.* Экономическая оценка эффективности лечения (обзор литературы). - М., 1997.
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.* - М.: Агар, 1997. - 46 с.
- Панкрухин А.П.* Маркетинг: Учеб. пособие. - М.: ИМПЭ, 1999. - 398 с.
- Панкрухин А.П.* Маркетинг образовательных услуг в высшем и дополнительном образовании: Учеб. пособие. - М.: Интерпракс, 1995. - 240 с.
- Пикулькин А.В.* Система государственного управления. - М.: ЮМИМИ, 1997. - 352 с.
- Пиндайк Р., Рубинфельд Д.* Микроэкономика. - М.: Экономика; Дело, 1992. - 510 с.
- Полякова О.А.* О финансировании здравоохранения в г. Москве // Экономика здравоохран. - 1999. - ? 2-3/36. - С. 33.
- Применение* клинико-статистических групп в стоматологии. Утверждено Минздравом России. - М.: МЦФЭР, 1997. - 347 с.
- Рабец А.М.* Обязательства по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью. - М.: ФФОМС, 1998. - 296 с.
- Рагимов Д.И., Стародубов В.И.* Медико-экономические обоснования стоимости программы обязательного медицинского страхования и страхового взноса (платежа) // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и история медицины. - 1994. - ? 3. - С. 26-32.
- Радыгина А.Д.* Реформа собственности в России: на пути из прошлого в будущее. - М.: Республика, 1994. - 159 с.
- Развитие* экономических отношений в здравоохранении: Сб. науч. тр. / ВНИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. НА Семашко; Редкол.: В.П. Корчагин, В.Ю. Семенов. - М., 1991. - 108 с.
- Райе ДА.* Смешанная экономика в здравоохранении: Проблемы и перспективы. - М.: Ос-тожье, 1996. - 269 с.
- Райс Д.А.* Совершенствование управления в здравоохранении стран Центральной и Восточной Европы. - М.: Остожье, 1996. - 191 с.
- Решетников А.В.* Методология исследований в социологии медицины. - М.: ММА, 2000. - 238 с.
- Решетников А. В.* Процессное управление в социальной сфере. - М., 2001. - 632 с.
- Решетников А. В.* Социально-экономическое прогнозирование и планирование в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохран. - 2000. - ? 11. - С. 5-9.
- Решетников А. В.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. - М.: Финансы и статистика, 1998. - 335 с.
- Решетников А.В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохран. - 2000. - ? 12. - С. 5-19.
- Решетников А.В.* Технология медико-социологического исследования в социальной системе. - М.: ММА, 2000. - 210 с.
- Решетников А.В.* Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: Руководство: В 3т. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001-2002. - 2296с.
- Решетников А.В., Шамиурин В.П., Шамиурина Н.Г.* Социально-исторический портрет лидера организации // Социол. исследования. - 2001. - ? 10. - С. 58-63.
- Сакс Д.* Рыночная экономика и Россия. - М.: Экономика, 1994. - 331 с.

- Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. - 659 с.
- Самуэльсон П.* Экономика: В 2 т. - М.: Алгон; ВНИИСИ, 1992. - Т. 1. - 333 с; Т. 2. - 415 с.
- Семашко НА.* Государственное страхование рабочих и задача момента // Избранные произведения. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1967. - С. 79, 121-130.
- Семашко НА.* Новый этап в развитии советской медицины // Изв. ВЦИК. - 1919. - 27-28 февраля. - С. 3-10.
- Семенов В.Ю.* Деятельность стационара в условиях второго этапа эксперимента по интенсификации использования коечного фонда // Сов. здравоохран. - 1989. - ? 4. - С. 22-26.
- Семенов В.Ю., Шейман И.М., Райе ДА.* Реформы оплаты медицинской помощи в рамках реорганизации системы здравоохранения России // Образование в управлении здравоохранением. Вып. 14. ? 2. - М.: Остожье, 1996. - С. 29-52.
- Социальная медицина и организация здравоохранения: В 2 т. / В.А. Миняев и др. - СПб.: Водолей, 1998.*
- Социальная сфера в условиях перехода к рынку / Бабич А.М., Жильцов Е.Н., Егоров Е.Н.; Под ред. Е.Н.Жильцова. - М.: РАРС, 1993. - 170с.*
- Социальные реформы в странах с переходной экономикой / Под ред. СВ. Кадомцевой. - М.: Центр ИЭР/МГУ; ДИС, 1997. - 224 с.*
- Стожаров В.В., Чавпецов В.Ф., Вишняков Н.И. и др.* Аккредитация медицинских учреждений. - М.: МЦФЭР, 1999. - 127 с.
- Стратегическое планирование / Под ред. Э.А. Уткина. - М.: ТАНДЕМ; ЭКМОС, 1998. - 440 с.*
- Тихомиров А.В.* Медицинское право: Практ. пособие. - М.: Статут, 1998. - 418 с.
- Тихомиров А.В.* Медицинская услуга. Правовые аспекты. - М.: ФИЛИНЪ, 1997. - 350 с.
- Троценко С.А., Линькова И.В.* Труд и трудовые отношения в здравоохранении. Нормативные документы. Комментарии. Ответы на вопросы. - М.: МЦФЭР, 1999. - 320 с.
- ТэгайН.Д., Азаров А.В.* Обязательное медицинское страхование. - М.: МЦФЭР, 1997.
- Уколов В. Ф., Ситников П.И.* Управление эффективностью услуг. Развитие общественного и частного предпринимательства. - М.: Моск. рабочий! 1991. - 185 с.
- Финансово-экономические аспекты деятельности работодателей в условиях обязательного медицинского страхования. - М.: ФФОМС, 1998. - С. 91-105.*
- Финансовый менеджмент: теория и практика. Учебник / Под ред. Е.С. Стояновой. - М.: Перспектива, 1996. - 405 с.*
- Фишер С, Дорнбуш Р., Шмалензи Р.* Экономика. - М.: Дело, 1993. - 864 с.
- Флекснер К.Ф.* Просвещенное общество: Экономика с челова2. - Paris: L' Harmattan, 1999. - Vol. 1. - P. 445; Vol. 2. - P. 402.
- Global Public Goods. - N. Y.; Oxford: Oxford University Press, 1999. - 527 p.*
- Lambin J.J. Le Controle de la qualite dans le domaine des services // Qestion 2000. - 1987. - Vol. 1. - P. 63-75.*
- Vatu M. Безоп d'conomie politique. - Paris: Economics, 1999. - 572 p.*
- Western economics in transition: structural change and adjustment policies in industrial countries / Eds J. Levenson et al. - Boulder (Col.): Westview press; Croom Helm, 1980. - Vol. XVI. - 438 p.*
- еческим лицом. - М.: Междунар. отношения, 1994. - 304 с.*
- Хоскинг А.* Курс предпринимательства. - М.: Междунар. отношения, 1993. - Гл. 15-19. - С. 222-258.
- Цены и ценообразование: Учеб. для вузов / Под ред. В.Е. Есипова. - СПб.: Питер, 1999. - 464 с.*
- Шамигурина Н.Г.* Практическая экономика здравоохранения России. - М.: Междунар. ун-т (в Москве), 2001. - 262 с.

- Шеенко Ю.А., Воропаева И. М.* Прогрессивные экономические механизмы финансового менеджмента в ЛПУ // Современные технологии управления в практическом здравоохранении в рыночных условиях. - Курск: КГМУ, 2000. - С. 70-75.
- Шейман ИМ.* Системы финансирования здравоохранения. Материалы лекции. - М., 2000.
- Шеремет АД., Сайфулин Р.С.* Методика финансового анализа. - М.: Инфа-М, 1995. - 172 с.
- Шилова В.М.* Планирование численности медицинского персонала больничных учреждений / Под ред. О.П. Щепина. - М.: Грантъ, 1999. - 320 с.
- Шниппер Р.И., Новоселов А. С.* Региональные проблемы рынковедения. Экономический аспект. - Новосибирск: Наука, 1993. - 443 с.
- Эванс Дж. М., Берман Б.* Маркетинг. - М.: Экономика, 1993. - 335 с.
- Экономика и бизнес* / Под ред. В.Д. Камаева. - М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 1993. - 464 с.
- Экономика и управление здравоохранением* / Под ред. Ю.П. Лисицына. - Можайск: Можайск, полиграф, комб., 1993. - 288 с.
- Экономика общественного сектора: Учеб. пособие* / ГА Ахинов, Е.В. Егоров, Л.И. Якобсон и др.; Под ред. Е.Н. Жильцова, Ж. - Д. Лафея. - М.: ТЕИС, 1998. - 308 с.
- Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ)* / Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. и др.; Под ред. П.А. Воробьева. - М.: Ньюдиамед, 2000. - 80 с.
- Экономический анализ медицинских программ: Учеб.-метод, пособие.* - Кемерово: Сибформс, 1998. - 132 с.
- Экономические отношения в социально-культурной сфере* / Под ред. Ф.Ф. Рыбакова. - СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1992. - 134 с.
- Эрхард Л.* Полвека размышлений: Речи и статьи. - М.: Руссико; Ордынка, 1993. - 606 с.
- An introduction to Health Economics* / Witter S., Ensor T. - Willy, 1997. - 203 p.
- Gazier B., Outin J. - L., Audier F.* L'economie sociale. Formes d'organisation et institutions. V.1,