

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.....	6
Пояснительная записка	8
Раздел I. Общественное здоровье	13
1.1. Общественное здоровье населения как экономическая категория.....	13
1.2. Основные понятия здоровья населения и факторы, определяющие здоровье	16
1.3. Медико-социальные аспекты демографии	19
Раздел II. Организационные основы профессиональной деятельности	34
2.1. Номенклатура учреждений здравоохранения. Виды медицинской помощи	34
2.2. Место и роль фельдшера в системе здравоохранения	36
2.3. Основы организации лечебно-профилактической помощи населению	41
2.4. Основы организации лечебно-профилактической помощи в условиях фельдшерско-акушерского пункта.....	44
2.5. Основы организации медицинской помощи в условиях здравпункта промышленных предприятий, образовательных организаций	51
2.6. Правовое и организационное обеспечение экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы	56
2.7. Техника безопасности и охрана труда.....	66
Раздел III. Экономические основы здравоохранения	75
3.1. Экономические основы здравоохранения. Источники финансирования здравоохранения.....	75
3.2. Здравоохранение как отрасль экономики.....	79
3.3. Рынок медицинских услуг. Особенности услуг в здравоохранении	82
3.4. Анализ экономической деятельности медицинской организации	87
Раздел IV. Основы управления здравоохранением.....	94
4.1. Основы современного менеджмента.....	94
4.2. Управление как реализация индивидуального стиля руководителя.....	101
4.3. Кадровая политика и кадровое планирование	109
4.4. Управление качеством медицинской помощи.....	118

Раздел V. Страхование	128
5.1. Нормативно-правовые основы и значение страховой медицины	128
5.2. Виды медицинского страхования	130
Раздел VI. Правовое обеспечение профессиональной деятельности	136
6.1. Нормативно-правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения	136
6.2. Трудовые отношения в здравоохранении	141
6.3. Правовое положение граждан в области охраны здоровья и медицинской помощи	153
6.4. Ответственность медицинских учреждений и работников	160
6.5. Врачебная тайна	168
6.6. Правовые аспекты фото и видеосъемки в медицине.....	174
6.7. Защита персональных данных пациентов.....	178
Раздел VII. Медицинская статистика	185
7.1. Медицинская статистика. Значение, методы	185
7.2. Методика расчета и анализа статистических показателей общественного здоровья.....	186
7.3. Методика расчета и анализа показателей деятельности медицинской организации	203
Раздел VIII. Основы документоведения в здравоохранении	210
8.1. Уровни и виды нормативной и правовой документации	210
8.2. Учетно-отчетная документация: назначение, движение, порядок заполнения, хранение	214
8.3. Деловая корреспонденция	226
Раздел IX. Информационные технологии в профессиональной деятельности	237
9.1. Технологии поиска тематической (профессиональной) информации в сети интернет	237
9.2. Организация электронного документооборота	248
9.3. Информационные системы и базы данных	267
Приложения	
Приложение 1.....	287
Приложение 2.....	290
Приложение 3.....	293
Приложение 4.....	297
Приложение 5.....	302
Приложение 6.....	305
Приложение 7.....	309
Приложение 8.....	317

Приложение 9.....	317
Приложение 10.....	323
Практикум	
Раздел I. Общественное здоровье.....	327
Раздел II. Организационные основы профессиональной деятельности.....	339
Раздел III. Экономические основы здравоохранения.....	363
Раздел IV. Основы управления здравоохранением	377
Раздел V. Страховая медицина	398
Раздел VI. Правовое обеспечение профессиональной деятельности.....	412
Раздел VII. Медицинская статистика.....	429
Раздел VIII. Основы документоведения в здравоохранении	437
Раздел IX. Информационное обеспечение профессиональной деятельности	451
Материалы для организации производственной практики	464
Материалы для подготовки к экзамену по ПМ.06 «Организационно-аналитическая деятельность»	475
Контрольные вопросы	475
Тестовые задания	477
Список рекомендуемой литературы	509
Предметный указатель.....	514

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение как отрасль экономики требует соответствующего уровня финансирования для обеспечения своей деятельности. В настоящее время оказание бесплатной медицинской помощи гражданам РФ осуществляют за счет средств бюджета (федерального, регионального, муниципальных образований), средств Фондов обязательного медицинского страхования (федерального — ФФОМС и территориального — ТФОМС). Эту модель финансирования называют **бюджетно-страховой**. Она предполагает взаимодействие средств различных источников и представляет собой пример многоканального финансирования здравоохранения.

Одновременно существует ряд других источников финансирования, связанных с наличием разного рода платных услуг и договорных отношений.

Источники финансирования здравоохранения подразделяют по их принадлежности (субъекту собственности), типу их образования (формирования) и виду (**рис. 3.1**).

Рыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинских услуг (по рыночным ценам); **нерыночные** — доходы медицинской организации,



Рис. 3.1. Классификация источников финансирования здравоохранения

образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организаций в пользу данных организаций.

Таким образом, единый фонд финансовых средств организации создают из самых разных источников финансирования. При этом основным источником до последнего времени оставались средства бюджета, выделяемые в соответствии с долговременными экономическими нормативами. **Нормативы бюджетного финансирования устанавливают в расчете на одного жителя в год, лечение одного больного по профилю заболевания и оказание различных видов медицинских услуг.** Эти нормативы разрабатывают региональные органы управления.

Финансирование медицинской организации осуществляют в соответствии со сметой. **Смета — финансовый план расходов**, необходимых для работы медицинской организации в следующем году, — включает расходы на содержание зданий и оборудование, развитие материально-технической базы, коммунальные и транспортные услуги, заработную плату работникам, расходы на оказание бесплатной медицинской помощи, объем которой определен программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Смету составляют с учетом сметы текущего года с коррекцией на изменение цен в следующем году (на коммунальные и транспортные услуги), с необходимостью ремонта и закупок оборудования, повышением заработной платы. После утверждения сметы расходов для медицинской организации в банке открывают кредит. Расходование средств осуществляют согласно утвержденной смете.

Поступления за услуги, оказанные сверх нормативов бесплатной медицинской помощи, выполненные работы по договорам

с предприятиями, добровольные взносы предприятий и благотворительных фондов служат дополнительным источником финансирования. Расходование этих средств также осуществляют согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой план доходов и план (или смету) расходов. Расходы планируют по фонду: оплаты труда (на заработную плату), материального поощрения и производственного и социального развития организации.

Наличие нескольких источников финансирования системы здравоохранения снижает контроль целевого и рационального расходования средств и обеспечения надлежащего качества оказания медицинской помощи.

Переход преимущественно к одноканальной форме финансирования призван повысить контроль. Одноканальное финансирование регламентирует поступление основной части средств из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), при этом оплату медицинской помощи будут осуществлять по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. Приобретение дорогостоящего оборудования и капитальный ремонт по-прежнему будут осуществлять из бюджетных средств.

Систему сметного финансирования на основе планируемых затрат постепенно заменит расчет стоимости лечения по законченному случаю с использованием стандартов медицинской помощи. Это позволит обеспечить финансирование медицинской помощи в полном объеме с учетом всех реальных затрат.

В основе финансирования амбулаторно-поликлинической помощи лежит **принцип подушевого финансирования**. Подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи — **некая сумма, которую государство может потратить на лечение одного человека**. Она складывается из бюджетных ассигнований и субвенций ФФОМС. **Субвенция — вид денежного пособия местным органам власти, выделяемого на определенный срок на конкретные цели и подлежащего возврату в случае нецелевого использования или использования не в установленные ранее сроки**.

В условиях преимущественно одноканального финансирования объем средств, поступающих для оказания бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи населению, определяет подушевой норматив и число всех прикрепленных к медицинской организации граждан, а не количество приемов пациентов (**табл. 3.1**).

Фактическая стоимость одного вызова СМП в 2011 г. составляла 991,9 руб., в 2013 г. — 1435,6 руб., увеличение произошло за счет средств ФФОМС.

Кроме того, на 38,9% увеличен норматив расхода на оказание медицинской помощи, оказываемой в иных условиях, включающий расходы на санитарную авиацию.

Таблица 3.1. Средние подушевые нормативы финансирования*

Источник финансирования	Подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий, в руб.				
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего	7633,4	9752,1	10 294,4	12 096,7	12 642,1
Субвенции ОМС	4102,9	5942,5	6734,3	8498,2	8863,2

* Предусмотрены Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (без учета расходов федерального бюджета).

В настоящее время усилен контроль использования средств, выделенных из бюджета ФФОМС на денежные выплаты медицинским работникам, которые оказывают ПМСП, в их числе медицинскому персоналу ФАП, фельдшерам и медицинским сестрам станций (отделений) СМП.

Внедрение одноканального финансирования медицинской организации должно повлечь за собой:

- повышение качества медицинской помощи (услуг и интенсивности лечения);
- рациональное использование ресурсов;
- активизацию и повышение эффективности профилактической работы в первичном звене;
- внедрение технологий, сберегающих здоровье.

Введение единых медицинских стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической медицинской помощи обеспечат гражданам равнодоступность медицинской помощи.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Дайте характеристику бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.
2. На основе каких параметров осуществляют классификацию источников финансирования здравоохранения?
3. Охарактеризуйте систему сметного финансирования.
4. В соответствии с каким принципом осуществляют финансирование амбулаторно-поликлинической помощи?
5. Охарактеризуйте осуществление финансирования при реализации принципа подушевого финансирования.
6. Каковы планируемые результаты внедрения одноканального финансирования медицинских организаций?

3.2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ОТРАСЛЬ ЭКОНОМИКИ

Здоровье — это не только фундамент благополучия индивида, его удовлетворенности качеством жизни, но и **ресурс, влияющий на состояние различных отраслей экономики и требующий затрат на поддержание и восстановление, а потому обладающий стоимостью**. Здоровье населения и экономика взаимосвязаны: экономические достижения существенно отражаются на состоянии здоровья населения, а также оптимизации рынка труда. Рост экономики создает условия для повышения воспроизводства трудовых потенциала и ресурсов, увеличения производительности труда.

Здоровье, обладая определенной стоимостью товара на рынке труда, становится категорией экономической. При этом **здравоохранение в условиях рыночных отношений представляет собой ресурсосберегающую отрасль экономики, цель которой — обеспечение положительного экономического эффекта на основе повышения уровня общественного здоровья**. Экономический эффект может быть прямым или косвенным и выражаться в оптимизации экономики в целом, расширении и развитии производства, увеличении производительности труда, росте национального дохода и так далее, а также в оптимизации демографической ситуации, снижении финансовых затрат на лечение, реабилитацию, социальные выплаты.

Под эффективностью понимают степень достижения конкретных результатов. **Эффективность в здравоохранении** характеризует результаты деятельности медицинских организаций с учетом затраченных материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Медицинская эффективность характеризует степень достижения целей и задач в области профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов с учетом критериев качества. В отношении одного конкретного больного — это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне медицинской организации и отрасли в целом медицинскую эффективность измеряют множеством специфических показателей, таких как удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинскую эффективность (K_M) рассчитывают по формуле

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

Социальная эффективность — степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного — это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли проявляется улучшением таких показателей общественного здоровья населения, как:

- снижение заболеваемости и преждевременной смертности;
- улучшение демографических показателей;
- предотвращение инфекционных и снижение уровня социально значимых заболеваний;
- уменьшение числа инвалидов;
- повышение качества медицинского обслуживания.

Социальную эффективность (K_c) рассчитывают по формуле

$$K_c = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности пациента медицинской помощью}}{\text{Число оцениваемых случаев}}$$

Экономическая эффективность — соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Экономическую эффективность в здравоохранении рассматривают в двух аспектах: эффективность использования ресурсов и влияние здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Экономическую эффективность (**рис. 3.2**) подтверждают прямые и косвенные показатели влияния здравоохранения на экономику страны за счет улучшения показателей здоровья населения и проведения профилактических мероприятий.

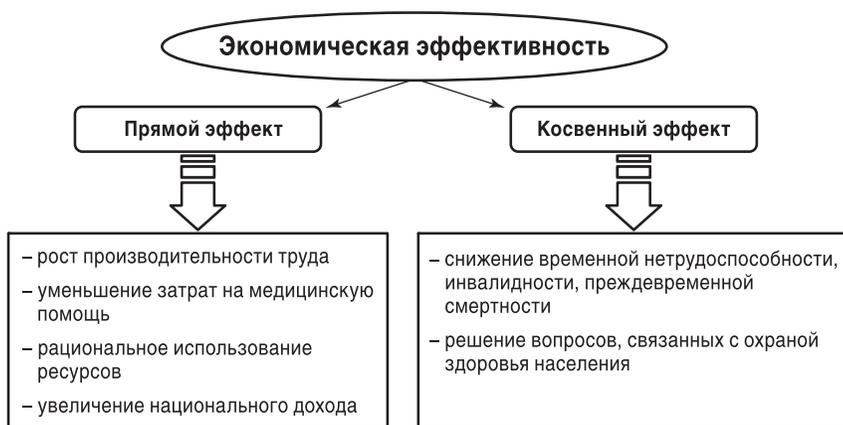


Рис. 3.2. Экономическая эффективность в здравоохранении

Экономическую эффективность (K_3) рассчитывают по формуле

$$K_3 = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}}$$

Экономический ущерб (общие экономические потери) вследствие заболеваемости и преждевременной смертности, так же как и экономическая эффективность, может иметь прямые и косвенные последствия.

Прямые экономические потери в здравоохранении:

- затраты на медицинскую помощь;
- подготовка медицинских кадров;
- оплата труда медицинского персонала;
- выплаты по листку нетрудоспособности;
- выплата пенсии по инвалидности.

Непрямые (косвенные) экономические потери наблюдают вследствие снижения производительности труда, уровня производства, в итоге — национального дохода в связи с временной или стойкой утратой нетрудоспособности, смертностью трудоспособного населения.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости призваны уменьшить специальные **медицинские программы** — оздоровительные, профилактические. При принятии медицинских программ, планировании оздоровительных мероприятий приоритет отдают медицинской и социальной эффективности, несмотря на то что это требует значительных затрат, отдача от которых ожидается только в будущем. Иногда получение экономической эффективности от проводимых мероприятий не только не планируется, но изначально невозможно: при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью, тяжелыми повреждениями центральной и периферической нервной системы и некоторыми другими состояниями при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Охарактеризуйте взаимосвязь экономики и здоровья населения.
2. Перечислите виды экономической эффективности в здравоохранении.
3. Какие показатели характеризуют социальную эффективность?
4. опишите прямые и косвенные эффекты экономической эффективности.

5. Охарактеризуйте прямые и косвенные экономические потери в здравоохранении.
6. Сделайте обоснованный вывод о том, какие виды экономических потерь — прямые или косвенные — преобладают в общем экономическом ущербе.

3.3. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ОСОБЕННОСТИ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Услуга в здравоохранении — деятельность, направленная на удовлетворение потребностей других лиц в сохранении, укреплении или достижении максимально возможного в сложившихся условиях уровня здоровья.

Услуги, оказываемые населению, подразделяют на материальные и социально-культурные.

- **Материальная услуга** — удовлетворение материально-бытовых нужд потребителя услуг в сохранении потребительских свойств каких-либо изделий или изготовление новых товаров по заказам граждан, перемещение грузов и людей, создание условий для потребления.
- **Социально-культурная услуга** (нематериальная услуга) — услуга по удовлетворению духовных, интеллектуальных потребностей и поддержанию нормальной жизнедеятельности потребителя.

Оказание услуг регламентировано Гражданским кодексом, Федеральным законом «О защите прав потребителей». Услуги могут быть государственными и коммерческими, добровольными и вынужденными, платными и бесплатными, мгновенными и длительными, взаимными и анонимными. Возможны и другие классификации медицинских услуг: по характеру, сегментам структуры здравоохранения, уровням медицинской помощи, интенсивности во времени. Под **простой медицинской услугой** понимают конкретную услугу, имеющую законченное диагностическое или лечебное значение, четкое описание технологии выполнения.

Под **сложной медицинской услугой** понимают услугу, содержащую перечень лечебно-диагностических нужд, формирующих этапы процесса оказания медицинской помощи.

Например, услуги, оказываемые фельдшером ФАП, могут быть материальными (лекарственное обеспечение) и нематериальными (поддержание и восстановление здоровья), простыми (выполнение манипуляций) и сложными (прием заболевшего пациента).

Общие свойства медицинских услуг — **неосязаемость (нематериальность) до момента получения; неразрывность производства и потребления; изменчивость качества; невозможность сохранения впрок.**

Результат оказания услуг по поддержанию и восстановлению здоровья всегда носит **индивидуальный характер**. Процесс оказания этой услуги зависит от профессионализма медицинского работника, а также от ряда других значимых факторов:

- взаимодействия с коллегами, пациентом и родственниками;
- необходимости территориальных перемещений во время оказания услуги;
- возможности ограничения усилий достижением промежуточного результата;
- вероятности последующего возобновления оказания услуги при соответствующем изменении условий;
- местных природно-климатических условий;
- длительности процесса оказания услуги.

Результат оказания услуги воплощен в самом пациенте и напрямую не связан с величиной затрат. Он разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия.

На рынок услуг здравоохранения выносят информацию об услугах, которые могут быть оказаны пациентам. К экономическим составляющим медицинской услуги относят **себестоимость, рентабельность, эффективность, цену услуги, методику ценообразования**.

Стоимость услуги здравоохранения — величина непостоянная, имеет тенденцию к изменению, причем чаще в сторону увеличения (особенно при длительном лечении).

В условиях рыночной экономики и медицинского страхования вопросы ценообразования приобретают особое значение. **Цена** должна:

- отражать затраты труда медицинских работников;
- учитывать соотношение спроса и предложения на данную услугу;
- обеспечивать получение прибыли медицинской организации;
- иметь противозатратный характер и стимулировать улучшение качества медицинской помощи.

Цена — денежное выражение стоимости медицинских услуг. Стоимость — количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определенного (заданного) качества.

Приближенно стоимость услуги в медицине определяют по формуле

$$C_u = P_p + P_k,$$

где C_u — стоимость услуги; P_p — прямые расходы; P_k — косвенные расходы.

К **прямым расходам** при оказании медицинской услуги относят оплату труда специалистов, материальные затраты на медикаменты, перевязочный материал. **Косвенные расходы** включают оплату труда вспомогательного персонала, хозяйственные затраты (оплата

водоснабжения, отопления, потребления электричества конкретной медицинской организации), износ белья, инвентаря, амортизацию оборудования.

Структурными элементами цены (тарифа) на медицинские услуги считают **себестоимость и прибыль**. **Себестоимость** — выраженные в денежной форме все затраты медицинской организации, связанные с оказанием медицинской помощи населению, начиная от оплаты труда и кончая расходами на медикаменты, питание больных, амортизацию основных фондов, в расчете на единицу услуг (прикрепленного жителя, пролеченного больного). Себестоимость рассчитывают за предшествующий период времени.

В цену медицинской услуги может закладываться **прибыль как процент от себестоимости**. На рынке платных медицинских услуг (негосударственные медицинские организации) в зависимости от комфортности пребывания, качества медицинского обслуживания процент прибыли составляет в среднем до 30% себестоимости.

Размер прибыли, включаемой в тарифы на медицинские услуги, определяют исходя из величины фонда производственного и социального развития, материального поощрения и финансового резерва. Тарифы разрабатывают в зависимости от категории сложности лечения пациентов и клинико-статистических групп, которые определяют на основе статистических данных, полученных экспертными советами медицинской организации.

Существует несколько **подходов к ценообразованию**:

- на основе оплаты по установленным тарифам;
- с учетом клинико-статистических групп населения;
- договорные цены или соглашения;
- по разработанным и принятым стандартам.

Важно, чтобы при ценообразовании соблюдались два условия:

- стоимость лечения в разных учреждениях должна быть примерно одинаковой;
- все пациенты должны иметь право на получение медицинской помощи одинакового объема и надлежащего качества.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливают соглашением между страховыми медицинскими организациями, местной администрацией и профессиональными медицинскими общественными организациями. Эти цены не включают прибыль и, как правило, ниже себестоимости.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании (ДМС) устанавливают по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением или лицом, предоставляющими эти услуги. Данные цены включают себестоимость и прибыль, регулируются договорами.

Расчет между страховыми организациями и учреждениями здравоохранения осуществляют по преискуранту. Преискурант разрабатывают в соответствии с методикой расчета тарифов (цен) на медицинскую помощь (услуги).

Для перевода медицинских организаций на экономические методы управления разрабатывают нормативы финансирования каждого типа организации.

Необходимо заметить, что **в системе здравоохранения существуют факторы, которые нарушают правила реализации рыночного механизма.** Так, финансирование ряда услуг из фонда ОМС превращает услугу в «общественное благо», исключая пациента из рыночной сделки. Кроме того, принципы доступности и равенства в объеме оказания медицинской услуги, декларируемые российским законодательством, входят в противоречие с зависимостью качества и объема услуги от платежеспособности населения.

Приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» утверждена номенклатура (перечень) медицинских услуг. Перечень разделен на 2 раздела: «А» и «В». Раздел «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Раздел «В» включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Класс В включает услуги, служащие комплексом вмешательств. Разделы класса В обозначают определенный тип услуги (в частности, врачебная лечебно-диагностическая). Подразделы — перечень медицинских специальностей.

Трудоемкость услуги измеряют в условных единицах трудозатрат (УЕТ). Одну УЕТ приравнивают к 10 мин рабочего времени.

При определении трудоемкости услуги учитывают не только время, затрачиваемое на непосредственное оказание услуги, но и коэффициенты:

- нормативный коэффициент использования рабочего времени показывает, какую часть рабочего времени работник непосредственно занят деятельностью по оказанию медицинских услуг;
- поправочный коэффициент необходим в тех случаях, когда УЕТ не коррелируется со значением нормативов выполнения той или иной услуги, — изменились условия предоставления

услуг (оказание помощи на дому), усложнилась или упростилась технология предоставления услуги.

Выделяют следующие виды поправочных коэффициентов:

- коэффициент сложности, повышающий и понижающий (применяют в случае усложнения или упрощения методики выполнения услуги, выполнения услуги высококвалифицированным специалистом и др.);
- коэффициент субспециальности (применяют в случае выполнения услуги специалистом, имеющим дополнительную специализацию, например врач-гинеколог-онколог, уролог-фтизиатр);
- коэффициент условий выполнения услуги (применяют в случае, если условия выполнения услуги требуют дополнительных затрат);
- коэффициент маржинальности (применяют в случае расчета УЕТ для сложной услуги, состоящей из простых услуг, которые выполняют одновременно).

Таким образом, рынок медицинских услуг характеризуется специфическими особенностями, влияющими на последующий анализ эффективности экономической деятельности конкретной медицинской организации.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Дайте определение медицинской услуги.
2. По каким критериям могут быть классифицированы медицинские услуги?
3. Перечислите общие свойства медицинских услуг.
4. Какие факторы определяют процесс оказания медицинской услуги?
5. Охарактеризуйте соотношение понятий «цена» и «стоимость» медицинской услуги.
6. Опишите подходы к ценообразованию в системе здравоохранения.
7. Каким образом устанавливают тарифы на медицинские услуги в системе ОМС?
8. Каким образом устанавливают тарифы на медицинские услуги в системе ДМС?
9. Охарактеризуйте специфику реализации рыночных механизмов в здравоохранении.
10. Опишите значение номенклатуры медицинских услуг для развития экономики здравоохранения.

3.4. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3.4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Оказание медицинской помощи неразрывно связано с экономической деятельностью медицинской организации, анализ которой заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта:

- проводят контроль использования финансовых средств на предмет соблюдения законодательства;
- оценивают эффективность использования ресурсов.

Экономический эффект в здравоохранении — предотвращенный экономический ущерб, то есть тот ущерб, который удалось предотвратить в результате рационального использования ресурсов.

Основные экономические показатели:

- общий экономический ущерб, обусловленный заболеваемостью, инвалидностью и смертностью;
- предотвращенный экономический ущерб;
- критерий экономической эффективности медицинской помощи.

Общий экономический ущерб может иметь значение для экономики государства в целом и конкретной медицинской организации. Распределение показателей общего экономического ущерба представлено в **табл. 3.2**.

Таблица 3.2. Классификация общего экономического ущерба

Экономика в целом	Медицинская организация
Затраты на здравоохранение, медицинскую науку	Содержание зданий
Затраты на медицинское образование	Оплата услуг (транспортных, коммунальных, связи)
Выплаты по временной нетрудоспособности	Оплата труда персонала
Выплаты по инвалидности	Затраты на содержание стационарных больных и т.д.

Предотвращенный экономический ущерб — положительная разность между общим экономическим ущербом, представленным либо затратами в денежном эквиваленте в предыдущие годы, либо среднестатистическими цифрами по региону, территории, федерации в целом, **и реальными затратами медицинской организации.**

Критерий экономической эффективности можно рассчитать по формуле

$$K_3 = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}}$$

Анализ эффективности использования ресурсов находит источники и пути повышения экономической эффективности.

Экономический анализ деятельности медицинских организаций осуществляют обычно по следующим направлениям:

- использование коечного фонда;
- использование основных фондов;
- использование персонала;
- использование медицинского оборудования;
- оценка финансовых расходов.

3.4.2. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Основные фонды — совокупность материально-технических ценностей медицинской организации, действующих в течение длительного периода. К основным фондам (рис. 3.3) относят здания и сооружения, машины, оборудование, инвентарь.

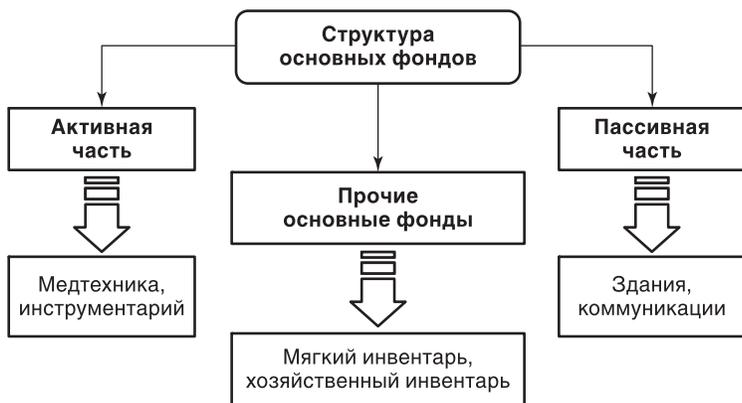


Рис. 3.3. Основные фонды медицинской организации

Основные фонды зачисляют на баланс организации здравоохранения по их полной первоначальной стоимости (балансовая стоимость), включающей затраты на приобретение, транспортировку, монтаж и пр.

Оценке подвергают стоимость и состояние основных фондов, своевременность замены и эффективность использования.

В процессе работы **основные фонды подвергаются физическому и моральному износу**. Физический износ связан прежде всего с длительностью эксплуатации, а также с повреждениями в связи с самыми разными причинами. Если фактический срок эксплуатации равен или больше нормативного, основные средства списывают в установленном порядке. Моральный износ связан с достижениями научно-технического прогресса. Обновление основных фондов характеризуют три показателя (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Показатели обновления основных фондов

Коэффициент	Что характеризует	Расчет коэффициента
Выбытия	Интенсивность выбытия основных фондов за год (в рублях) к стоимости основных фондов на конец года	Сумма выбывших основных фондов за год (в рублях) / стоимость основных фондов на конец года (в рублях)
Обновления	Долю стоимости новых основных фондов, вступивших в эксплуатацию в данном году, к общей стоимости на начало года	Сумма введенных основных фондов за год (в рублях) / стоимость основных фондов на начало года (в рублях). Эталон обновления основных фондов — 10–15%
Накопления	Процесс пополнения основных фондов организации	Разница между суммой введения и выбытия основных фондов за год (в рублях) / стоимость основных фондов на начало года (в рублях)

Состояние и эффективность использования основных средств характеризуются показателями **фондовооруженности труда персонала, фондоотдачи и фондоемкости**.

Фондовооруженность — уровень технической оснащенности трудовых процессов. Представляет собой **величину стоимости основных фондов (в рублях), приходящихся на одного работника**. Увеличение фондовооруженности труда рассматривают как фактор повышения эффективности работы и качества медицинской помощи.

Фондоотдача — **объем производства продукции на единицу стоимости основных фондов**. Характеризует **интенсивность использования основных фондов** (оборот койки в стационаре, сокращение средней длительности

обследования пациентов за счет интенсивности использования диагностического оборудования, рациональная организация работы медицинского персонала и др.).

Фондоотдачу определяют для стационара **отношением числа госпитализированных больных за год в расчете на 1000 руб. основных фондов**; для амбулаторного приема — **отношением числа фактически обратившихся в поликлинику на 1000 руб. основных фондов**.

Резкое повышение показателей фондоотдачи может быть связано с перегрузкой стационара (поликлиники). Следовательно, не всегда высокие показатели фондоотдачи могут быть положительно оценены при анализе.

Фондоёмкость — стоимость основных фондов на единицу объема произведенных услуг. Чем выше фондоотдача, тем ниже фондоёмкость, и наоборот. Определяют как отношение основных фондов медицинской организации к объему производства в денежном выражении.

Фондоёмкость определяют **отношением стоимости основных фондов стационара в расчете на 1000 госпитализированных больных или стоимостью основных фондов поликлиники на 1000 обратившихся в поликлинику**. В стоимостном выражении фондоёмкость означает сумму основных фондов в расчете на рубль произведенных затрат.

$$\text{Фондоёмкость по стационару} = \frac{\text{Основные фонды стационара (руб.)} \times 1000}{\text{Число госпитализированных больных}}$$

$$\text{Фондоёмкость по поликлинике} = \frac{\text{Основные фонды стационара (руб.)} \times 1000}{\text{Число обратившихся в поликлинику}}$$

3.4.3. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

Рациональное использование коечного фонда имеет особое значение для анализа экономической эффективности деятельности медицинской организации. Стационарное лечение более дорогостоящее, чем амбулаторный прием; при этом **затраты на содержание «пустой» койки составляют 2/3 стоимости койки, занятой пациентом**. Сокращение простоя койки снижает непроизводительные расходы больниц и уменьшает стоимость их койко-дня.

Эффективность использования коечного фонда стационара характеризуется следующими основными показателями: **оборот больничной койки, среднегодовая занятость (работа) койки, среднее время простоя коек, выполнение плана койко-дней по стационару, средняя длительность пребывания больного в стационаре**.

Один из важных показателей эффективности использования коечного фонда — оборот больничной койки, который рассчитывают по формуле

$$\text{Оборот больничной койки} = \frac{\text{Число выбывших пациентов (выписанных + умерших)}}{\text{Среднегодовое число коек (коечная мощность стационара)}}$$

Оптимальным для городских стационаров считают оборот больничной койки в пределах 17–20.

3.4.4. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Существует ряд показателей, на основании которых можно оценить эффективность использования медицинского оборудования:

$$\text{Коэффициент календарного обслуживания} = \frac{\text{Время возможного использования аппаратуры в соответствии с режимом работы медицинской организации}}{\text{Число календарных дней в году (365) \times \text{максимально возможное время работы в день (8 ч)}}$$

Норматив данного показателя равен в среднем 0,9.

$$\text{Коэффициент сменяемости} = \frac{\text{Число фактических часов работы медтехники в год}}{\text{Число максимально возможных часов работы в год (по паспортным данным)}}$$

Норматив коэффициента сменяемости в среднем — 0,6.

3.4.5. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Рациональное использование медицинского персонала позволяет косвенно сократить расходы на систему здравоохранения.

Для медицинских организаций амбулаторного типа вычисления производят из расчета на 1000 жителей, а для стационара — на 100 коек.

Определяют также соотношение кадров с высшим медицинским образованием и средних медицинских работников.

$$\text{Показатель соотношения численности врачей и средних медицинских работников} = \frac{\text{Число медицинского персонала} \times 1000}{\text{Число средних медицинских работников}}$$

По данным департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, показатель соотношения

числа врачей и средних медицинских работников в РФ составляет 1:2. При этом за 2000–2012 гг. этот показатель уменьшился с 2,4 до 2. В большинстве других стран это соотношение выше, чем в России (до 1:4–1:5).

3.4.6. АНАЛИЗ ФИНАНСОВЫХ РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Анализ финансовых расходов проводят на основании следующих показателей:

- структура финансовых расходов по медицинской организации;
- стоимость лечения в стационаре;
- стоимость медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Экономическая эффективность деятельности медицинской организации также характеризуется **рентабельностью основных фондов и производительностью труда**.

Рентабельность основных фондов — отношение прибыли (сумма хозрасчетного дохода в рублях) к среднегодовой стоимости в рублях, выраженная в процентах.

Производительность труда (в рублях) — отношение доходов от реализации медицинских услуг к численности работающих, участвовавших в получении этого дохода.

Таким образом, в условиях функционирования рынка медицинских услуг здоровье становится материальной ценностью, имеющей определенную стоимость. При этом экономический анализ деятельности медицинской организации представляет собой фундамент для обнаружения недостатков в деятельности, нерационального использования выделенных государством (или полученных в ходе прибыли) средств и ресурсов.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Охарактеризуйте процесс определения экономического эффекта в здравоохранении.
2. Перечислите направления, по которым проводят экономический анализ деятельности медицинских организаций.
3. Опишите структуру (составляющие) основных фондов медицинской организации.
4. Охарактеризуйте взаимосвязь понятий «фондовооруженность труда персонала», «фондоотдача» и «фондоёмкость».
5. Какое значение имеет анализ эффективности использования коечного фонда?

6. Перечислите показатели, которые вычисляются при анализе эффективности использования коечного фонда.
7. Посредством вычисления каких коэффициентов проводят анализ использования медицинского оборудования?
8. Какое значение для экономической деятельности медицинской организации имеет показатель соотношения врачей и среднего медицинского персонала?

ОБОБЩАЮЩЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ПМ.06 №3

Используя схему, представленную на **рис. 3.4**, дайте развернутую характеристику экономической деятельности медицинской организации.

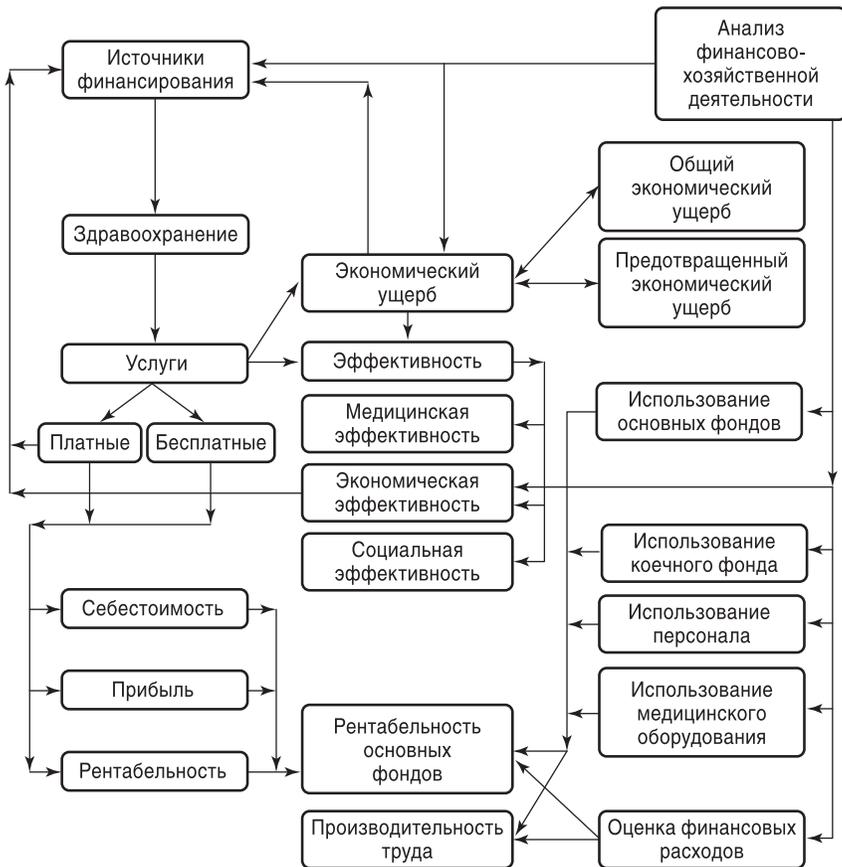


Рис. 3.4. Экономическая деятельность медицинской организации