

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

*к практическим занятиям по дисциплине
«Общественное здоровье и здравоохранение,
экономика здравоохранения»*

Под редакцией профессора В. Л. Аджиенко



Издательство
ВолгГМУ
Волгоград
2022

УДК 614.2+334.01](075)

ББК 51.1я73

Э40

А в т о р ы :

коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Института общественного здоровья ВолгГМУ;
заведующий кафедрой, профессор, д. м. н. *В. Л. Аджиенко* (глава 5);
доцент кафедры, к. м. н. *Е. Г. Попова* (главы 4, 8);
доцент кафедры, к. м. н. *О. Ф. Девляшова* (главы 2, 3);
ст. преподаватель *Ю. В. Теличко* (главы 1, 6);
доцент кафедры экономики и менеджмента, к. э. н. *А. В. Соболев* (глава 7)

Р е ц е н з е н т ы :

заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения,
медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО ФГБОУ ВО
«Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России
д-р мед. наук, профессор *К. Р. Амлаев*;
заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения
и истории медицины ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет» Минздрава России
д-р мед. наук, профессор *А. Н. Редько*

Печатается по решению Редакционно-издательского совета ВолгГМУ
(протокол № 8 от 27.11.2021 г.)

Э40

Экономика здравоохранения : учебное пособие к практическим занятиям по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» / В. Л. Аджиенко, Е. Г. Попова, О. Ф. Девляшова [и др.] ; под. ред. В. Л. Аджиенко. – Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2022. – 100 с.

ISBN 978-5-9652-0763-3

Учебное пособие посвящено основным вопросам экономики здравоохранения: особенностям оплаты труда медицинским работникам, планированию и финансированию здравоохранения, оценке эффективности здравоохранения. Вопросы для самоконтроля направлены на закрепление изучаемого материала. Пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Педиатрия», «Стоматология».

УДК 614.2+334.01](075)

ББК 51.1я73

ISBN 978-5-9652-0763-3

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2022

© Издательство ВолгГМУ, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
<i>Глава 1. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.</i>	
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ	7
1.1. История появления и развития науки.....	7
1.2. Основные понятия. Структура предмета.....	9
<i>Глава 2. ПОНЯТИЕ ЦЕНЫ, ПРИБЫЛИ, РЕНТАБЕЛЬНОСТИ</i>	
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕХАНИЗМЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ	14
2.1. Понятие медицинской услуги	14
2.2. Стоимость медицинской услуги.	
Механизм ценообразования	17
<i>Глава 3. ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	23
3.1. Планирование в здравоохранении	23
3.2. Особенности бизнес-планирования в здравоохранении.....	25
3.3. Финансирование здравоохранения.....	27
<i>Глава 4. ФОРМЫ И СИСТЕМЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ</i>	33
4.1. Заработная плата с позиции	
ее социально-экономического значения	33
4.2. Заработная плата – формы и системы,	
используемые в Российской Федерации	36
4.3. Эффективный контракт	
как метод дифференцированного способа оплаты труда	40

<i>Глава 5.</i>	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	48
5.1.	Оценка эффективности здравоохранения	48
5.2.	Экономический анализ в здравоохранении.....	53
<i>Глава 6.</i>	МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	59
6.1.	Определение понятия «маркетинг». Маркетинговая деятельность медицинской организации	59
6.2.	Понятие рынка медицинских услуг. Основные составляющие рынка медицинских услуг	66
<i>Глава 7.</i>	МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	71
7.1.	Понятие менеджмента в здравоохранении.....	71
7.2.	Управление медицинской организацией. Типы организационных структур.....	78
7.3.	Управление проектами	81
<i>Глава 8.</i>	ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	85
8.1.	Предпринимательская деятельность в здравоохранении, ее виды и организационно-правовые формы	85
8.2.	Специфика предпринимательства в здравоохранении.....	88
8.3.	Платные медицинские услуги и особенности организации их оказания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации.....	89
	НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ	93
	ЛИТЕРАТУРА	95

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВВП – валовый внутренний продукт
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВРП – валовый региональный продукт
ДМС – добровольное медицинское страхование
ЕГИСЗ – единая государственная информационная система
в сфере здравоохранения
ЕТС – единая тарифная сетка
КСГ – клинико-статистическая группа заболеваний
КПГ – клинико-профильная группа
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МОТ – Международная организация труда
МО – медицинская организация
МП – медицинская помощь
МРОТ – минимальный размер оплаты труда
НСОТ – новая система оплаты труда
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ООН – Организация Объединенных Наций
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни при рождении
ОС – основные средства
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
СМП – скорая медицинская помощь
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФОТ – фонд оплаты труда
ФП – федеральный проект
ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЭА – экономический анализ

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важнейших показателей общественного развития является состояние здоровья населения. Оно отражает экономический и культурный потенциал страны, социально-экономическое состояние общества. Как известно, на здоровье влияют многие факторы: образ жизни, условия окружающей среды, образование, культура, наследственная предрасположенность, уровень развития здравоохранения.

Не являясь товаром по своей сути, здоровье, тем не менее, обладает высшей ценностью для общества и человека. Поддержание и укрепление общественного здоровья предполагает выделение от государства значительных ресурсов. Каждый человек тоже время от времени несет определенные траты на медицинские товары и услуги. Это широкий спектр медицинской продукции, которая уже обладает характеристиками товара, например, ценой. При этом приобретение медицинских товаров и услуг чаще всего является вынужденным решением для сохранения или восстановления здоровья. Таким образом, здоровье обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его как экономическую категорию.

В сфере здравоохранения материально-техническая сторона граничит с морально-этической, поэтому важно дать правильную экономическую оценку производимым товарам и услугам и при этом не снизить доступность медицинской помощи населению.

Решения на эти и другие вопросы помогает найти наука – экономика здравоохранения, рассматривающая экономические проблемы здравоохранения с позиций организации медицинской деятельности, а также выявляющая закономерности ее развития как отрасли экономики.

Глава I. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1.1. История появления и развития науки

Первые упоминания экономики здравоохранения как отдельной науки прозвучали в 1951 г. на конференции «Экономика медицинской помощи» (США), на которой было предложено создание учебных и научно-исследовательских центров по экономике здравоохранения. Следующий этап утверждения этой науки был в 1954 г. – Всемирная организация здравоохранения на заседании экспертного комитета по статистике здоровья рассмотрела возможность применения показателей здравоохранения для измерения экономического потенциала жизни. Еще одним значимым событием в развитии экономики здравоохранения можно считать принятие документа ВОЗ «Экономика здравоохранения» (1978 г.). Цель этого документа – разработка приблизительной программы обучения и подготовки экономистов здравоохранения. Этот процесс оказался достаточно трудоемким. Прошло девять лет до того, как была полностью сформирована и опубликована эта программа (1987 г.). В наши дни уже в большинстве экономически развитых и развивающихся странах есть свои учебные и научные центры экономики здравоохранения.

Нельзя не отметить, что в нашей стране экономические процессы в сфере здравоохранения начали изучать еще в дореволюционной России – на Всероссийских съездах земских деятелей по общественному и частному призрению в начале XX века обсуждались вопросы организации практической деятельности медицинских учреждений. Уже тогда в медицине применялись нормирование и учет: «Лечебница

должна быть обеспечена прислужгой в количестве не менее одной на 5 коек». В больницах работали управляющий, эконом, казначей, заведующий хозяйственной частью, бухгалтер, счетовод. Рассматривались экономические аспекты оказания МП при различных заболеваниях: в 1903 г. было подсчитано, что затраты на лечение больных малярией, включая экономические потери от временной нетрудоспособности вследствие этой болезни составили 5,5 млн рублей. Для сравнения необходимо отметить, что на здравоохранение в этот период в Российской империи расходовалось около 120 млн рублей (давая оценку экономической эффективности российского здравоохранения, академик Рейн в 1911 г. показал, что снижение смертности с 30,2 % до европейского уровня смертности в 18 % даст экономию 600 млн рублей, т. е. пятикратно превысит траты государства).

Исследование экономических вопросы здравоохранения получило дальнейшее развитие в советский период. Сдерживая сокращение расходов на продукты питания и лекарства в 20-х годах XX в., нарком здравоохранения Н. А. Семашко призывал «чрезвычайно осмотрительно относиться к расходам на больном человеке: неправильная экономия здесь может самым чувствительным образом отразиться на интересах больного и даже сорвать дело оздоровления населения», подчеркивал значимость умения правильно вести хозяйство – «не будем скрывать, что очень многие недостатки в медицинской работе зависят не столько от недостатка средств, сколько от того, что мы плохо хозяйничаем: очереди в лечебных заведениях, беспорядки в лечении больных, нарушения трудовой дисциплины и многие основные вопросы в практике здравоохранения могли бы быть изжитыми или, во всяком случае, смягченными, если бы рационализация глубже проникала в нашу практику».

В последующие годы вопросам экономики здравоохранения особого внимания не уделялось. Определенное развитие эта проблема получила в середине 1960-х годов, когда началось реформирование народного хозяйства страны. Только в 1966 г. снова встал вопрос применения экономики здравоохранения в практической медицине – была проведена первая теоретическая конференция по экономике здравоохранения в СССР, после которой начали изучаться вопросы практического применения экономики здравоохранения.

В современной России экономика здравоохранения получила дальнейшее развитие по мере перехода на принципы рыночной

экономики. Этому способствовали процессы коммерциализации здравоохранения, рост объемов платных услуг населению. Сформировалась система медицинского страхования, как обязательного, так и добровольного. Изменился характер экономических взаимоотношений лечебно-профилактических учреждений, вынужденных все в большей степени работать учетом самокупаемости, на коммерческой основе. Поэтому в сложившейся ситуации настолько важен контроль со стороны государства сферы здравоохранения, а также достаточное финансовое обеспечение оказания качественной и доступной медицинской помощи. Укрепление здоровья населения остается важнейшим приоритетом для государства, предопределяет экономическое развитие страны.

1.2. Основные понятия. Структура предмета

Экономика здравоохранения – одна из достаточно новых, но активно развивающихся экономических наук, базируется на законах общей экономики. Истоки собственно экономики можно найти в учениях мыслителей Древнего мира. Термин «экономика» предложил греческий поэт Геспод еще в VI в. до н. э., объединив слова «дом» (oikos) и «правила» (nomos), что буквально означает «искусство ведения хозяйства». Первое в истории сочинение по экономике было написано древнегреческим писателем и историком, полководцем и политическим деятелем Ксенофонтом (430–355 гг. до н.э.) – трактат под названием «Экономикос» («Домострой»). К теоретическим вопросам экономического развития общества обращался Платон. Наиболее тщательно из современников изучил экономические процессы и явления Аристотель, он дал объяснения многим закономерностям устройства общества, выделил экономику как самостоятельную сферу деятельности и область исследований – «науку о богатстве».

В наши дни принято считать наиболее полным определением экономики определение П. Самуэльсона: *«экономика – это наука о том, какие из редких производительных ресурсов люди и общество с течением времени с помощью денег или без их участия избирают для производства различных товаров и распределения их в целях потребления в настоящем и будущем между различными людьми и группами общества»*. Говоря простым языком, экономика – это наука о рациональном и максимально эффективном использовании ресурсов с учетом их

ограниченности для максимального удовлетворения потребностей и желаний человека.

Таким образом, экономика концентрируется на трех основных вопросах: «Что производить?», «Как производить?» и «Для кого производить?». Эти же вопросы вполне применимы и к экономике здравоохранения. Нам нужно знать, в каких медицинских услугах нуждается население и как наилучшим образом организовать их оказание.

В структуре экономических знаний выделяют 4 основных блока (или группы):

Первую группу составляет собственно **экономика** (экономическая теория). Она является фундаментальной основой и родоначальницей 3 других групп экономических наук.

Вторая группа – отраслевые (конкретные) экономические науки. Они исследуют экономические процессы в отдельных отраслях экономики: экономика промышленности, строительства, сельского хозяйства, транспорта, фармации, экономика непродовольственной среды (сферы услуг), том числе экономика здравоохранения.

Третья группа объединяет **прикладные экономические науки:** менеджмент, маркетинг, бухгалтерский учет и др.

Четвертая группа объединяет **специальные экономические науки** на стыке экономики и других наук: экономическая география, психология бизнеса, экономическая история, хозяйственное право и многие другие.

Экономика здравоохранения изучает ведение хозяйства и пользуется всеми терминами и законами экономической теории. Но так как экономика здравоохранения – это отраслевая экономическая наука, то она изучает действие экономических законов в конкретной отрасли – в здравоохранении.

МО осуществляют разные виды экономической деятельности, используя при этом различные ресурсы: финансовые, трудовые, материальные, информационные и прочие. Обеспечение здравоохранения всеми необходимыми ресурсами для получения населением доступной и качественной медицинской помощи является приоритетной задачей государства в сфере охраны здоровья граждан.

В медицине, как и в любой другой области человеческой деятельности, проявляются профессиональная и экономическая составляющие. Профессиональная является собственно медицинской деятельностью и включает материальную или техническую часть процесса оказания

медицинской помощи. Экономическая сторона включает исключительно хозяйственную деятельность. Эти две составляющие тесно связаны друг с другом, и успешное решение экономических вопросов формирует успешную профессиональную деятельность медицинских работников.

Соответственно, **предметом** экономики здравоохранения является именно хозяйственная деятельность и решение вопросов рационального использования ресурсов. А сами экономические отношения служат **объектом** экономики здравоохранения. И, как следует из вышеперечисленного, **цель** экономики здравоохранения – получение максимального результата в сфере охраны здоровья населения при оптимальном использовании имеющихся ресурсов.

Основные задачи экономики здравоохранения:

- изучение экономических процессов в области здравоохранения;
- позиционирование здравоохранения в экономической системе;
- эффективное использование ресурсов здравоохранения;
- изучение трансформационных процессов в системе здравоохранения;
- оценка экономической эффективности лечебно-диагностической и профилактической работы МО;
- анализ рентабельности новых организационных форм предоставления МП населению;
- совершенствование форм оплаты труда медицинских работников;
- создание методологической базы для подготовки специалистов в области экономики здравоохранения.

В наши дни экономика здравоохранения стала неотъемлемой частью системы здравоохранения. В первую очередь на это оказали влияние реформы здравоохранения, происходившие в стране с начала девяностых годов. Это введение медицинского страхования, платных медицинских услуг; активное развитие рыночных отношений; формирование маркетинговой службы; преодоление кризисных явлений в самой системе здравоохранения и др. На сегодняшний день медицинский работник, занимаясь клинической работой, фактически одновременно решает экономические проблемы. Полнота и скорость разрешения экономических вопросов в немалой степени предопределяют результирующее качество и эффективность МП населению. Поэтому

так важно знание врачами любой специальности основных понятий экономики здравоохранения.

Структура предмета

Система здравоохранения с точки зрения экономических отношений может рассматриваться на 4 взаимосвязанных уровнях.

Метаэкономический (мировой) уровень описывает взаимодействие страновых систем здравоохранения, их интеграцию в мировую экономику. ВОЗ выступает координатором этого взаимодействия.

На *макроэкономическом* (федеральном) уровне формируются отношения системы здравоохранения с государством и межотраслевое взаимодействие в границах одной страны.

Медиумэкономический (региональный) уровень рассматривает хозяйственно-экономические вопросы внутри системы здравоохранения, между ее подотраслями и организациями.

Микроэкономический уровень – формирует внутреннюю хозяйственную деятельность отдельно взятой МО.

Для того чтобы эффективно распорядиться ограниченными ресурсами необходимо не только знать, что производит система здравоохранения, но и какова цена этой продукции; что такое здоровье и как его оценить; возможно ли измерить боль или ограничения в трудовой и социальной жизни человека; как человек воспринимает и оценивает свое здоровье сам.

Экономика здравоохранения – это наука не только о том, как внедрить экономическое мышление в систему здравоохранения, мотивируя людей материальными стимулами. Экономика здравоохранения изучает ценности, важные для людей, анализирует способы улучшения их здоровья и повышение качества оказания МП в современных рыночных условиях.

Контрольные вопросы

1. Как вы понимаете термин «экономика здравоохранения»?
2. Возможно ли организовать медицинскую помощь населению только с практической стороны без учета хозяйственной составляющей? Почему?

3. Что изучает экономика здравоохранения?
4. Можно ли назвать здоровье товаром? Дайте обоснование.
5. Как появился термин «экономика» и кто из древних мыслителей явились основоположниками современной экономики?
6. Как формировалась экономика здравоохранения в качестве самостоятельной дисциплины?
7. Когда появилась экономика здравоохранения в нашей стране? Выделите основные этапы развития.
8. Каково место экономики здравоохранения в структуре современных экономических наук?
9. Какие две основные стороны можно выделить в сфере здравоохранения?
10. Какие основные вопросы ставит экономика здравоохранения?
11. В чем заключается цель экономики здравоохранения, и какие основные задачи перед ней стоят?
12. Какие уровни экономических отношений можно выделить в системе здравоохранения?

Глава 2. ПОНЯТИЕ ЦЕНЫ, ПРИБЫЛИ, РЕНТАБЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕХАНИЗМЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ

2.1. Понятие медицинской услуги

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **МП** определяет как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и(или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Исходя из этого, МП и медицинская услуга – это категории человеческой деятельности, однако услуга определяется как экономическое понятие.

Принципы классификации медицинских услуг.

1. По степени сложности.

Простая медицинская услуга – элементарная услуга лечебно-диагностического процесса, которую невозможно разделить на составные части (диагностическое исследование, хирургическая операция, термометрия и пр.):

«Пациент» + «Специалист» =

= «Один элемент профилактики, диагностики или лечения».

Сложная медицинская услуга – это сочетание простых услуг, которые определяют технологию оказания МП (например, первичный

прием офтальмолога, профилактические осмотры, ведение беременности).

*«Пациент» + «Комплекс простых услуг» =
= «Этап профилактики, диагностики или лечения»*

Комплексной медицинской услугой принято считать комплекс простых и сложных услуг, которые формируют результат оказания МП. Для стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений – законченный случай лечения.

*«Пациент» + «Простые + сложные услуги» =
= «Проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения»*

Для обеспечения единой системы оценки экономических аспектов медицинских услуг и формирования единых подходов к ценообразованию медицинских услуг в системе ОМС в 2004 г. разработана и внедрена «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении», в которой медицинские услуги систематизированы в соответствии с разделами А – простые, В – сложные и комплексные (табл. 1, 2).

Таблица 1

Раздел А. Простые медицинские услуги

Раздел	Код	Наименование медицинской услуги
А	01	Методы функционального обследования без использования приспособлений, приборов (физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию)
А	01.01	Кожа, подкожно-жировая клетчатка, придатки кожи
А	01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии
А	01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии
А	01.01.003	Пальпация в дерматологии
А	01.01.004	Сбор анамнеза и жалоб в косметологии

Раздел В. Сложные и комплексные медицинские услуги

Раздел	Код	Наименование медицинской услуги
В	01	Услуги врача лечебно-диагностические
В	01.001	Акушерство и гинекология
В	01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный
В	01.001.02	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога повторный
В	01.001.03	Прием (осмотр, консультация) беременной первичный
В	01.001.04	Прием (осмотр, консультация) беременной повторный
В	01.001.05	Ведение патологических родов врачом

2. По функциональному назначению различают медицинские услуги следующего вида:

- Лечебно-диагностические (оказание МП, включая диагностику и лечение).
- Профилактические (например, вакцинация, диспансеризация).
- Восстановительно-реабилитационные.
- Транспортные (например, транспортировка больных службой СМП).
- Санитарно-гигиенические (например, санитарный контроль и надзор).
- *Медицинские* услуги могут оказываться в следующих условиях:
 - в амбулаторно-поликлинических (например, стоматологическая поликлиника, женская консультация);
 - в стационарных (больница, перинатальный центр и т.п.).
 - вне МО (в процессе транспортировки при оказании СМП, на дому).

Для оказания услуг в МО должен быть обеспечен постоянно протекающий процесс труда, в ходе которого происходит потребление услуг.

2.2 Стоимость медицинской услуги. Механизм ценообразования

Вопросы ценообразования медицинских услуг в МО играют важную роль в обеспечении качества и доступности оказания МП. Ценообразование в системе здравоохранения – процесс установления цены медицинской услуги и состоит из следующих **6 последовательных этапов**:

- I. На подготовительном этапе определяются цели и задачи МО.
- II. Сбор информации об оказываемых медицинских услугах и их маркетинговый анализ.
- III. Определение метода ценообразования – метода, на основе которого будет производиться расчет цены медицинской услуги/товара, например, основанного на фактических расходах МО, на оптимальном соотношении затрат/прибыли, на использовании цен конкурентов.
- IV. Расчет себестоимости медицинских услуг.
- V. Формирование итоговой стоимости медицинской услуги с учетом рентабельности.
- VI. Коррекции цены медицинской услуги с учетом уровня инфляции.

Цена включает в себя две основные составляющие: **себестоимость и прибыль**.

Под **себестоимостью** медицинских услуг принято понимать стоимостную оценку трудовых и материальных ресурсов, используемых в процессе оказания этих услуг. Результат вычисления себестоимости (калькуляция затрат) служит основой для формирования цены на медицинскую услугу.

Статьи калькуляции на выполненную услугу определенного вида отражают вид услуги (обследование, лечение и пр.), специализацию МО (наркология, онкология, терапия и пр.), характер ее выполнения (стационар, поликлиника и т.д.), что сказывается на наименовании статей расходов МО и величине издержек организации.

Издержки обращения (согласно ГОСТ Р 51303-99) – денежная оценка затрат, произведенных в процессе оказания услуг за определенный период времени.

В системе здравоохранения приняты следующие принципы **классификации издержек** на оказание медицинских услуг, которые

определяют порядок распределения фактических расходов за счет бюджетов РФ и внебюджетных источников:

1. По вкладу в оказание услуг:

- основные,
- накладные;

2. По включению в себестоимость медицинской услуги:

- прямые,
- косвенные;

3. По объему оказываемых услуг:

- условно-постоянные,
- условно-переменные;

Также выделяют целевые издержки (коммунальные услуги, обслуживание транспорта, оплата труда и др.)

В основу расчета цен принимаются фактические расходы, плановые или нормативные (если таковые установлены законодательно) затраты учреждения и структурных подразделений за предыдущий отчетный период. Источником информации для расчета цены на медицинскую услугу служат данные бухгалтерского учета и статистических отчетов:

- затраты МО по их видам в разрезе структурных подразделений и по МО в целом;
- численность работников по категориям, структурным подразделениям и МО в целом;
- фонде рабочего времени медицинского персонала;
- количество пролеченных больных по профилям и МО в целом.

К **прямым затратам** (издержкам, расходам) можно отнести затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой в процессе ее оказания:

- оплата труда и начисления на оплату труда основного медицинского персонала;
- материальные затраты в процессе оказания медицинской услуги (лекарственные препараты, перевязочные средства, одноразовые медицинские принадлежности и т.п.);
- износ мягкого инвентаря;
- амортизация медицинского и прочего оборудования, задействованного в лечебно-диагностическом процессе.

К **косвенным затратам** можно отнести расходы на обеспечение деятельности МО, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

- оплата труда административно-хозяйственного персонала;
- начисления на оплату труда административно-хозяйственного персонала;
- расходные материалы;
- питание больных;
- командировочные расходы;
- транспортные услуги;
- услуги связи;
- коммунальные услуги;
- арендная плата за помещения;
- расходы по содержанию помещений;
- текущий ремонт зданий;
- ремонт оборудования;
- амортизация основных фондов, не включенных непосредственно в оказание медицинских услуг;
- прочие затраты.

Косвенные затраты с использованием расчетного коэффициента относят на стоимость медицинских услуг пропорционально величине оплаты труда основного персонала.

К основным подразделениям МО относятся профильные лечебно-диагностические отделения, в которых оказывается МП. Расходы, связанные с деятельностью вспомогательных и обслуживающих подразделений МО (планово-финансовый отдел, отдел кадров, бухгалтерия, центральное стерилизационное отделение, регистратура и т.п.), являются косвенными.

Основной персонал МО, непосредственно оказывающий МП, – врачебный и средний медицинский персонал основных подразделений. Применяемые формы оплаты труда зависят от конкретных условий деятельности: технологии лечебного процесса, уровня специализации, характера МП, наличия производственных ресурсов (если труд технически оснащен, то живого труда требуется меньше, особенно в деятельности вспомогательных служб МО). Персонал, который непосредственно не участвует в оказании МП и лечебно-диагностической деятельности,

при этом обеспечивает работу основного персонала относится к обще-учрежденческому.

Начисления на оплату труда производятся в соответствии с законодательством (страховые и пенсионные взносы) и составляют 30 % от ФОТ.

К материальным затратам относится стоимость полностью или частично используемых в процессе оказания МП материальных ресурсов (стоимость лекарственных препаратов, перевязочных средств, вакцин, дезинфекционных средств и т.п.). Стоимость материальных затрат на оказание медицинских услуг рассчитывается либо на основе утвержденных норм расходов, либо фактических затрат на эти материалы.

Расходы на продукты питания для больных в стационаре определяются в расчете на один койко-день в зависимости от категории пациентов (взрослое, детское население). Среднесуточный набор продуктов питания дифференцирован по категориям больных (нозологическим формам), отличается по составу, калоражу и количеству продукта и, следовательно, стоимостью.

При наличии арендуемых помещений, расходы на них определяются пропорционально занимаемым подразделениям площадям с учетом числа медицинских услуг (приемов пациентов, число анализов), которые специалист должен сделать в один день.

Стоимость ремонта медицинского оборудования, рассчитывается исходя из договора на ремонт оборудования в целом по учреждению пропорционально стоимости оборудования конкретного подразделения.

Расчет износа основных средств, инвентаря и обмундирования производится на основе их балансовой стоимости с учетом нормативного срока службы в соответствии с утвержденными нормами износа. Для медицинского оборудования расчет износа выполняется с учетом его времени эксплуатации. При расчете суммы амортизационных отчислений исходят из балансовой стоимости оборудования с учетом норматива амортизации.

К прочим расходам относят, например, затраты на повышение квалификации персонала, лицензирование медицинской деятельности.

Следует отметить, что расходы по приобретению медицинского оборудования и на проведение капитального ремонта не входят в себестоимость медицинской услуги.

Таким образом, **формула расчета себестоимости** медицинской услуги имеет следующий вид:

$$\text{Себестоимость} = \text{Прямые затраты} + \text{Косвенные затраты}$$

При этом в составе прямых и косвенных затрат учитываются все характерные для конкретной МО затраты.

Прибыль – часть чистого дохода, включаемая в цену пропорционально затратам на оказание медицинской услуги. Прибыль относится к планируемым показателям и определяется с учетом индекса рентабельности (15–25 %).

Формула расчета прибыли:

$$\text{Прибыль} = \text{Себестоимость} \times 0,25,$$

где 0,25 – индекс рентабельности, величина которого зависит от категории МО.

На уровень цен оказывают влияние как внутренние (себестоимость медицинской услуги, затраты, связанные с реализацией услуги, наличие уникальных свойств услуги, территориальное расположение МО), так и внешние факторы (цены на услуги конкурентов, экономическая ситуация).

В настоящее время принято выделять следующие **виды цен** на медицинские услуги в здравоохранении:

- **Тариф на оказание МП в системе ОМС** – определенный размер денежной суммы, предусматриваемый на оплату единицы объема МП при выполнении территориальной программы ОМС на основе подушевого норматива. В тариф включаются затраты на производство услуги (зарплата медицинского персонала, начисления на оплату труда; расходы на питание больных, приобретение медикаментов, расходных материалов, приобретение основных фондов взамен изношенных, ряд других видов затрат). Тариф не предусматривает получение прибыли, т.е. рентабельность.

- **Цены на платные услуги**, оказываемые МО и не включенные в территориальную программу ОМС, в том числе на сервисные услуги, а также на оказываемые по личной инициативе граждан медицинские услуги. Включают фактические затраты и прибыль в соответствии с нормативом рентабельности.

- **Договорные цены** на медицинские услуги в системе ДМС для предприятий и организаций. Они включают себестоимость и прибыль в соответствии с интересами сторон договора.

• **Бюджетные цены** используются при расчете финансирования бюджетных целевых программ МП, при взаиморасчетах между бюджетными МО или подразделениями внутри одной бюджетной МО.

Цены, применяемые в здравоохранении, можно также классифицировать в зависимости от вида услуг, оказываемых МО:

- цены на медицинские услуги (оказание МП);
- цены на сервисные услуги (не относящиеся к оказанию МП); по способу реализации медицинских услуг населению:
- розничные цены (при расчетах с пациентами за оказание платной услуги);
- оптовые цены (при расчетах между организациями в системе ДМС); по степени сложности оказываемой медицинской услуги:
- цены на простые медицинские услуги;
- цены на сложные медицинские услуги;
- цены на комплексные медицинские услуги.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «медицинская услуга».
2. Назовите классификацию медицинских услуг по элементному составу.
3. Назовите стадии ценообразования в здравоохранении.
4. Назовите методы ценообразования в здравоохранении.
5. Назовите составляющие цены медицинской услуги.
6. Что включает в себя себестоимость медицинской услуги?
7. Назовите классификацию расходов медицинского учреждения.
8. Что относится к прямым и косвенным издержкам?
9. Как определяется прибыль на медицинскую услугу?
10. Кто относится к основному персоналу медицинского учреждения?
11. Как источники финансирования МП определяют механизм расчетов и виды цен?
12. Каким образом можно классифицировать цены на медицинские услуги?
13. Какие факторы влияют на уровень цен?
14. Какие подразделения медицинского учреждения относятся к вспомогательным?
15. Как формируются затраты на питание больных в медицинском учреждении?

Глава 3. ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Планирование в здравоохранении

Планирование в системе здравоохранении – это процесс рационального распределения и эффективного использования ресурсов в целях повышения безопасности, доступности и качества МП, достижения целевых значений показателей общественного здравоохранения. При этом основной целью планирования является реализация конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья. Планирование в МО предполагает принятие конкретных решений, направленных на деятельность и развитие организации в целом или ее отдельных подразделений.

В зависимости от периода времени, на который составляется план, принято выделять:

а) *стратегическое (долгосрочное) планирование*, предусматривающее формулирование цели, задач, постановку приоритетов, определение порядка и условий деятельности системы здравоохранения на страновом уровне, в регионах страны и отдельных МО на перспективу, как правило, более 5 лет;

б) *среднесрочное (перспективное) планирование* предполагает разработку планов и программ во временном горизонте 2–5 лет;

в) *текущее (краткосрочное) планирование* направлено на разработку оперативных планов на срок от одной смены до одного года. Сменные планы легко конвертировать в стоимостные формы выражения и соответственно легко производить расчеты эффективности по МО в целом, по отдельным подразделениям и должностям. В условиях

внедрения принципов бережливого производства поликлиники уже используют подобные плановые задания.

В связи с переходом к рыночной экономике возросла значимость программно-целевого или индикативного планирования, позволяющего направлять ресурсы на решение приоритетных задач и определять индикаторы достижения результатов, что позволяет обеспечить комплексный подход к решению проблем охраны здоровья населения.

В здравоохранении применяются следующие **методы** планирования:

- *аналитический* предназначен для оценки и сопоставления достигнутых показателей деятельности МО, объемов оказанной МП при выполнении плана с плановыми значениями этих показателей, что важно при разработке планов на последующие периоды;

- *балансовый* используется для установления определенных пропорций в разрабатываемых планах, например, при выравнивании ранее выявленных дисбалансов и диспропорций в распределении ресурсов, в частности трудовых;

- *экономико-математический* предполагает использование математического аппарата и экономического моделирования в качестве средства поддержки принятия управленческого решения;

- *нормативный* основан на применении при планировании утвержденных Минздравом России нормативов обеспечения кадровыми, материально-техническими и другими ресурсами;

- *бюджетный* опирается на оценку финансовых ресурсов;

- *экспериментальный* направлен на поиск и применение новых, более эффективных подходов к планированию.

План, разрабатываемый в МО, считается комплексным, поскольку должен включать определенные разделы обязательные для всех МО независимо от уровня оказания МП, делая их сопоставимыми.

Ключевые разделы комплексного плана в здравоохранении:

1. Планирование кадровой, материально-технической деятельности.
2. Планирование объемов медицинской помощи.
3. Планирование финансовой деятельности
4. Планирование организационно-методических мероприятий
5. Информационно-просветительная работа с населением.

Этапы разработки комплексного плана:

1. Анализ уровня и структуры заболеваемости населения, показателей деятельности МО за оцениваемый период.
2. Расчет необходимого объема МП.
3. Разработка модели конечных результатов, нормативов, стандартов МП.
4. Составление плана.
5. Согласование разработанного плана с органом управления здравоохранением.
6. Контроль исполнения мероприятий плана.

Применение комплексного плана при планировании в здравоохранении позволяет придерживаться единства методологических подходов с учетом отраслевого и территориального планирования на региональном, окружном и федеральном уровнях.

При разработке планов необходимо использовать широкий арсенал методов, помогающих эффективно задействовать доступные ресурсы для достижения поставленных целей, вовлечь в работу над планом достаточное число сотрудников МО, создать условия для его выполнения и предусмотреть механизм обоснованной корректировки плана.

3.2. Особенности бизнес-планирования в здравоохранении

Бизнес-план МО – это документ, который отражает программу развития медико-экономической деятельности МО с обязательным включением решений предполагаемых проблем. Бизнес-план должен содержать обоснование мероприятий, планируемых с целью повышения качества оказания медицинских услуг и эффективности используемых ресурсов. Как правило, большинство бизнес-планов разрабатываются с целью получения прибыли от его реализации.

Можно выделить следующие виды бизнес-планов, которые актуальны в процессе планирования и управления деятельностью МО в настоящее время:

- управленческий бизнес-план – нацелен на управление текущей деятельностью и развитием МО;
- инновационный бизнес-план – предназначен для внедрения новых медицинских услуг, товаров, создания структурных подразделений, кабинетов МО;

- инвестиционный бизнес-план – для принятия отдельных решений, направленных на развитие производственной и экономической деятельности в краткосрочном или долгосрочном периоде.

Основные разделы бизнес-плана МО:

I. Обзор МО – цели, задачи, медицинские услуги, оказываемые МО, социологический портрет обслуживаемого населения.

II. Анализ нормативно-законодательной базы, регламентирующей деятельность данной категории МО.

III. Анализ текущих показателей деятельности МО, кадрового состава (квалификация, стаж) и материально-технической базы, определение сильных и слабых сторон МО (SWOT-анализ);

IV. Анализ ситуации на рынке медицинских услуг с обязательной оценкой конкурентоспособности, обоснование выбора МО/медицинской услуги;

V. Маркетинговое планирование (например, выбор стратегии ценообразования, рынка сбыта, продвижения внедряемой медицинской услуги и др.);

VI. Управление и организация деятельности;

VII. Планирование финансово-экономической деятельности МО (финансовый план).

При составлении бизнес-плана необходимо учитывать источники и объемы финансирования, виды и эффективность оказываемой МП, как в МО, так и на региональном уровне, потребности населения в медицинских услугах.

Бизнес-план разрабатывается на 1, 3 или 5 лет, при этом все проводимые мероприятия по этапам (разделам) должны быть указаны в более узких временных рамках (месяц, квартал). Это позволит проводить контроль выполнения запланированных мероприятий и своевременно принимать необходимые меры в случае отступлений от плана.

Таким образом, бизнес-план разрабатывается для выбора концепции и стратегии развития МО, для привлечения и обоснования необходимого финансирования и для оценки фактических результатов деятельности МО за определенный период времени.

3.3. Финансирование здравоохранения

Финансовые отношения в системе здравоохранения это особая сторона и часть экономических отношений, связанных с распределением финансовых ресурсов в интересах обеспечения эффективного оказания медицинских услуг и достижения важнейших социальных целей общества.

В настоящее время в России действует бюджетно-страховая система здравоохранения, **источниками финансирования здравоохранения** являются:

- бюджеты всех уровней,
- средства ОМС и ДМС,
- целевые фонды охраны здоровья граждан,
- государственные внебюджетные фонды,
- доходы МО от предпринимательской деятельности,
- добровольные взносы и пожертвования,
- другие законные источники.

Большинство МО являются бюджетными, и их финансирование осуществляется из федерального, регионального и муниципального бюджетов. Внебюджетными средствами могут быть средства от оказания платных медицинских услуг населению, доходы от сдачи в аренду помещений, оборудования, добровольных взносов (спонсорская и благотворительная деятельность), кредитные ресурсы, продажа новых методов диагностики, лечения и др.

Также финансирование бюджетных учреждений здравоохранения осуществляется государственными внебюджетными фондами – Пенсионным фондом, Фондом социального страхования, ФФОМС и ТФОМС.

Из средств государственного бюджета предусмотрена возможность финансирования социальных заказов (выполнение программ и проектов, имеющих социальную направленность). Это финансирование может быть предоставлено не только государственным, но и коммерческим организациям социальной сферы на основе специально разрабатываемых договоров между государственными органами управления (заказчиками) и организациями (исполнителями).

Планирование потребности МО в финансовых средствах осуществляется на основании сметы или плана финансово-хозяйственной деятельности. Смета – это финансовый план предстоящих расходов МО.

Существует определенный иерархичный порядок составления сметы, начиная с уровня конкретной МО, далее определяется потребность в финансовых ресурсах на уровне региональном и федеральном уровнях.

Смета бюджетной МО включает следующие разделы:

1. Производственные показатели объема деятельности подразделений организации, в виде производственных показателей (количество больничных коек, количество койко-дней в стационаре или число посещений в поликлинике и др.)

2. Расчеты по статьям. Статья – это целевое направление расходов, например, на заработную плату, командировочные расходы, питание пациентов, приобретение медикаментов и перевязочных средств.

3. Свод расходов.

Переход к одноканальной форме финансирования предполагает оплату МП из системы ОМС по конечному результату с учетом качества оказанных услуг и, как результат, изменение структуры МП.

Оплата МП в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

С 2012 года в России действуют Рекомендации по способам оплаты специализированной МП в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ), за счет средств ОМС.

Данными рекомендациями введены понятия «случая госпитализации», КСГ и КПГ.

Под **случаем госпитализации** понимают лечение в стационаре или дневном стационаре, в рамках которого ведется одна медицинская карта. Такой случай является единицей объема МП в ОМС.

КСГ – группа заболеваний по одному профилю МП и сходных по методам диагностики и лечения пациентов, а также ресурсоемкости (стоимости и структуре затрат).

КПГ – группа КСГ и/или заболеваний одного профиля МП.

Применяются следующие способы оплаты стационарной МП по ОМС:

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ;

– за прерванный случай оказания МП при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке из МО при письменном отказе пациента от лечения, летальном исходе, а также оказании диагностических услуг и диализе.

Модель финансирования специализированной стационарной МП построена на КСГ и КПГ, при этом регион России самостоятельно принимает решение о применении в территориальной программе ОМС способа оплаты: по КПГ, по КСГ или на основе их сочетания.

Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям МП» регулирует формирование КПГ. В свою очередь, в основе КСГ такие параметры, влияющие на затратоемкость, как диагноз, осложнения заболевания, хирургическая операция, схема лекарственной терапии, возраст и пол пациента, длительность проведения искусственной вентиляции легких и другие критерии.

Стоимость законченного случая по КСГ или КПГ рассчитывается на основе:

1. Среднего норматива затрат на единицу объема МП.
2. Коэффициента приведения среднего норматива затрат на единицу объема МП к базовой ставке, установленной территориальной программой ОМС.
3. Коэффициента относительной затратоемкости.
4. Коэффициента дифференциации.
5. Поправочных коэффициентов: специфики МП, уровня МО, сложности лечения.

Поправочные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации.

Размер финансирования МО по КСГ или КПГ устанавливается в объеме стоимости всех случаев госпитализации.

Оплата ПМСП

ПМСП оказывается в условиях поликлиники и дневного стационара.

Нормативы объема МП на 1 жителя и на 1 застрахованное по ОМС лицо устанавливаются субъектами РФ с учетом этапов оказания МП, уровня и структуры заболеваемости, демографических показателей, транспортной доступности, приоритетности финансового обеспечения ПМСП.

Предусмотрены способы оплаты:

- по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема МП;
- за законченный случай (медицинская услуга, посещение, обращение);
- по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом результативности деятельности МО (включая показатели объема МП);
- за законченный случай (медицинская услуга, посещение, обращение) при оказании МП за пределами региона России, где выдан полис ОМС.

Объем выплаты на оказание МП складывается из двух видов нормативов финансирования – базового подушевого на прикрепившихся лиц и дифференцированных подушевых (определяются с учетом коэффициента специфики оказания МП).

В свою очередь, коэффициенты специфики зависят от уровня МО по критериям плотности и заболеваемости населения, транспортная доступность, климатических и географических особенностей территорий и др. При расчете коэффициента специфики оказания МП половозрастной состав населения учитывается в виде половозрастных коэффициентов дифференциации по полу и возрастным группам (до 1 года; 1–4 года; 5–17 лет; 18–64 года; 65 и старше).

Профилактические медосмотры учитываются в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц. Единицей объема оказанной МП является посещение.

Финансовое обеспечение ФАПов предусматривает оплату МП и в неотложной форме. Размер финансового обеспечения ФАПов составляет на 2021 год 1 010,7–1 798,0 тыс. рублей в зависимости от численности обслуживающего населения.

При оплате МП за единицу объема МП размер финансового обеспечения МО складывается исходя из фактически оказанных объемов МП. Тариф за единицу объема ПМСП является единым для всех МО в конкретном регионе России. Финансовое обеспечение МО, не имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется за единицу объема МП.

При достижении поликлиникой высокой результативности в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России по внедрению новой модели МО, оказывающей ПМСП, применяется оплата МП

по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности МО (объем МП, в т.ч. оказываемой в иных МО). Итогом успешной работы МО становится получение дополнительных стимулирующих выплат в рамках территориальной программы ОМС.

Особенности оплаты стоматологической помощи

Условные единицы трудоемкости (УЕТ) на протяжении длительного времени применяются при оказании стоматологической МП как инструмент планирования, учета и отчетности, используются при расчетах в системе ОМС и оплате труда специалистов.

За 1 УЕТ принимается 10 минут работы специалиста. При планировании и организации стоматологической МП, расчета объема финансовых средств учитывается средняя кратность УЕТ за одно посещение, составляющая в России 4,2. Принцип максимальной санации полости рта (лечение при необходимости нескольких зубов) за одно посещение повышает эффективность МП, сокращая время приема в расчете на УЕТ. При этом один визит пациента в стоматологическую поликлинику является одним посещением.

Особенности оплаты СМП

Оплата СМП, оказанной вне МО (по месту вызова бригады), производится по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов СМП. На основе нормативов объемов МП и затрат на единицу объема МП по территориальной программе ОМС устанавливается размер среднего подушевого норматива финансирования СМП. Тарифы на оплату вызовов СМП устанавливаются тарифным соглашением, возможно применение варианта оплаты, при котором одну часть МО получает по подушевому нормативу, а другую – по тарифам за вызов.

С учетом объективных критериев дифференциации в субъекте РФ рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для МО (основной фактор – половозрастной состав прикрепившегося населения, предопределяющий коэффициент специфики оказания МП). Соответственно, для каждой МО определяется коэффициент специфики оказания СМП.

Контрольные вопросы

1. Определение понятия «планирование в здравоохранении».
2. Виды планирования в здравоохранении.
3. Определение краткосрочных планов в здравоохранении.
4. Методы применяемые в планировании здравоохранения.
5. Перечислите основные разделы плана в здравоохранении.
6. Определение понятия «бизнес-план».
7. Функции бизнес-плана.
8. Виды бизнес-плана.
9. Этапы разработки бизнес-плана.
10. Методы финансирования МО.
11. Источники финансирования здравоохранения.
12. Перечислите разделы сметы.
13. Назовите особенности оплаты МП в стационарных условиях.

Глава 4. ФОРМЫ И СИСТЕМЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

4.1 Заработная плата с позиции ее социально-экономического значения

Важнейшим экономическим ресурсом любой страны, ведущим фактором современного производства и социально-экономических преобразований общества является человек.

Понятие человеческого капитала, как самостоятельной дефиниции, впервые упоминается в трудах родоначальника классической английской политэкономии У. Пети в XVII веке: «Весь род людской имеет такую же стоимость, как и земля, будучи по своей природе столь же непреходящим». Позже развитие идеи человеческого капитала нашло свое место в трудах А. Смита, Т. Мальтуса, Д. Рикардо, Ж.Б. Сэя, Д.Ф. Листа, Дж.С. Миля, Л. Вальракса, В. Парето, И. Фишера, Дж.М. Кларка и окончательно сформировалось в качестве направления, которое трактовало человека в экономической теории, как капитал, к концу XIX века. Основоположниками современной теории человеческого капитала – самостоятельного раздела экономического анализа, являются лауреаты Нобелевской премии Т. Шульц (1979 год) и Г. Беккер (1992 год) – американские ученые-экономисты. Человеческий капитал, как воплощение в человеке запаса способностей, знаний, навыков и мотиваций к труду в это же время изучали Й. Бен-Порэт, М. Блауг, Э. Лэзер, Р. Лэйард, Дж. Минцер, Дж. Псахаропулос, Ш. Розен, Ф. Уэлч, Б. Чизуик и др. В России первые фундаментальные работы по данному направлению появились в девяностых годах XX века (С.А. Дятлов, И.В. Ильинский, Р.И. Капелюшников, М.М. Критский, В.Т. Марцинкевич).

Естественно, что полной аналогии между человеческим капиталом и капиталом в классическом понимании термина нет. Человек не может быть предметом купли-продажи. Но на рынке труда фигурируют цены за использование человеческого капитала – заработная плата.

Заработная плата – это оплата труда, которая, отражая социально-экономическое положение в национальной экономике и уровень жизни в обществе, позволяет работнику и его семье обеспечивать текущее потребление, возможность осуществления инвестиций в развитие и накопление на будущее. Заработная плата является концентрированным выражением эффективности экономики и социальной политики государства и способности общества в целом защищать право человека на достойную жизнь.

Экономическая эффективность при использовании труда, является одним из центральных понятий в теории человеческого капитала. Для системы здравоохранения России характерным является превалирование социальной составляющей эффективности труда над личной (частной), что выражается в резком разрыве результатов труда медицинских работников и получаемой ими заработной платы. Эффективность работы системы здравоохранения в нашей стране несомненна. Снижается общая заболеваемость и смертность от социально значимых патологий, сокращаются сроки лечения пациентов, в том числе трудоспособного населения, уменьшается инвалидизация, растет средняя продолжительность жизни. С экономической точки зрения высокие нормы отдачи (экономическая эффективность работы отрасли) свидетельствуют о ее недоинвестировании. В настоящее время отечественное здравоохранение получает лишь 3,4–3,6% от ВВП страны, а по расчетам экспертов ВОЗ для эффективного функционирования системы ее финансирование должно составлять не менее 6–8% от ВВП страны.

С 2013 года с целью оптимизации финансового обеспечения МО в ходе реформирования системы здравоохранения внедрена новая модель их финансового обеспечения – одноканальная система финансирования здравоохранения, сущность которой заключается в слиянии потоков финансирования из разных источников – средств общего налогообложения и целевых поступлений в систему ОМС. При использовании этой формы основные денежные средства поступают в МО из системы ОМС с использованием принципов работы по конечному результату и финансирования по подушевому нормативу (рис. 1).

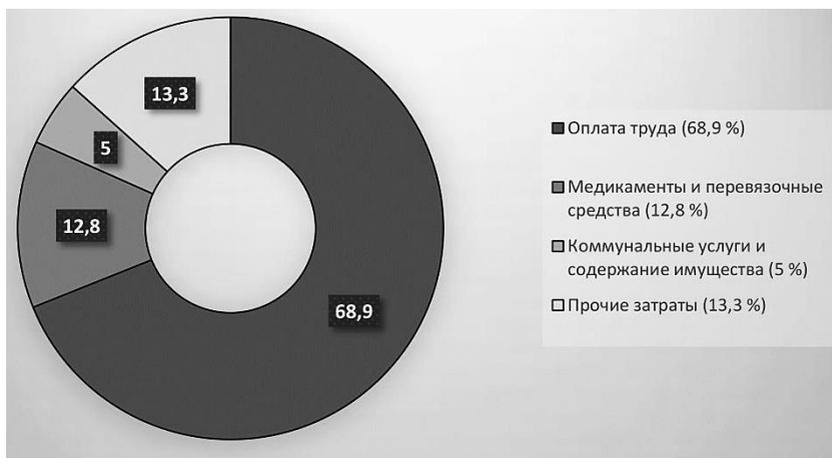


Рис. 1. Структура расходов медицинскими учреждениями средств ОМС в 2020 году (%)

Наиболее существенная часть в объеме денежных средств, которые получает система здравоохранения за оказанные населению медицинские услуги, расходуется на заработную плату медицинского персонала. В отчете о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции», утвержденном Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 2 февраля 2021 года констатировано, что в расходах МО заработная плата с начислениями на нее в среднем составляют – 68,9 %, а в отдельных регионах доля таких расходов превышает 75 %.

Основные функции заработной платы:

- воспроизводственная (обеспечивает работнику объем потребления материальных благ и услуг на уровне, достаточном для нормального воспроизводства рабочей силы и повышения интеллектуального потенциала в соответствии с изменяющимися техническими и социальными факторами производства);

- мотивационная (состоит в возможности побуждать работника к трудовой активности, повышению эффективности труда);
- регулирующая (выполняет роль баланса интересов работников и работодателей, так как оплата труда дифференцируется по группам работников, по приоритетности деятельности или другим признакам);
- статусная (предполагает соответствие статуса, положения человека в той или иной системе социальных отношений и связей, определяемого размером заработной платы, трудовому статусу работника).

В нашей стране считается, что воспроизводственную функцию обеспечивает заработная плата, размер которой не может быть ниже прожиточного уровня (размер обязательных платежей, стоимость минимального набора продуктов питания и непродовольственных товаров).

Минимальная заработная плата в Российской Федерации гарантируется государством и в настоящее время (2021 год) составляет 12 792 рубля. В нашей стране и других странах мира с аналогичным подходом к ее исчислению большинством трудоспособного населения расценивается как один из вариантов социального пособия, никак не связанного с конечными результатами трудовой деятельности. Низкий уровень оплаты труда (близкий к МРОТ) приводит к снижению активности и результативности трудовой деятельности.

4.2. Зарплата – формы и системы, используемые в Российской Федерации

В системе здравоохранения в настоящее время используются следующие формы оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала: повременная, сдельная и смешанная (рис. 2).



Рис. 2. Формы оплаты труда

Повременная оплата труда является наиболее эффективной для тех видов работ, где актуален учет рабочего времени, а оценка результатов выполненной работы осуществляется по дополнительным критериям. Это наиболее распространенная оплата труда в МО бюджетной сферы. Сдельная форма осуществляется там, где существует необходимость и есть возможность учета количества выполненной работы (частные МО). Смешенная форма оплаты труда подразумевает использование сочетания принципов, используемых в повременной и сдельной ее формах.

В зависимости от особенностей МО могут быть применены различные системы оплаты труда внутри основных рассмотренных форм (рис. 3–5).



Рис. 3. Система повременной оплаты труда

Базовая формула, используемая при расчете заработной платы при простой повременной системе оплаты труда – это произведение рабочего времени (в часах) и часовой тарифной ставки. Особенность простой повременной системы оплаты труда – стабильность. Фиксированное денежное вознаграждение сотрудник получает независимо от качества и количества выполненной работы, но при этом возникает проблема отсутствия мотивации трудиться лучше, ведь зарплата вне зависимости от результатов труда всегда будет одинаковой.

Для повышения заинтересованности персонала к окладу/ставке работника работодатели могут добавить премиальные доплаты. Так формируется система повременно-премиальной оплаты труда. Размеры премий рассчитываются в процентах от оклада или устанавливаются фиксировано за выполнение конкретной работы. Источник денежных средств для премирования, порядок начисления и выплаты премий закрепляются в коллективном договоре МО.



Рис. 4. Система сдельной оплаты труда

Сдельная система заработной платы предполагает оплату труда за фактический объем выполненных работ, независимо от потраченного времени. Сдельная зарплата может быть установлена только тем работникам, результат труда которых может быть количественно измерен (например, при работе в частной медицинской организации устанавливается определенный процент выплаты врачу, медицинской сестре и т.д. от утвержденной стоимости выполненного приема пациента или какой-либо манипуляции – сдельная расценка стоимости единицы труда). То есть сдельная заработная плата – это в данном случае произведение сдельной расценки на количество выполненных приемов/манипуляций. Применение сдельной системы оплаты труда не означает, что работодатель не будет контролировать рабочее время каждого сотрудника. Прямая сдельная зарплата – это зарплата, которая начисляется исходя из установленного тарифа оплаты труда за каждую единицу качественно выполненной работы.

Косвенно-сдельную систему применяют для оплаты труда работников, непосредственно не участвующих в оказании медицинской помощи (вспомогательный персонал), но обеспечивающих функционирование медицинской организации. Их заработок зависит от зарплаты врачей и медицинских сестер, непосредственно оказывающих медицинские услуги. Зарплату этой категории работников устанавливают в процентах к зарплате основных сотрудников.

Аккордно-сдельную оплату используют при работе на основе бригадного подряда. Зарплата начисляется всей бригаде за выполнение определенного объема работ, а каждый сотрудник получает выплату по фиксированному тарифу в соответствии с личным вкладом. Коллективно-сдельная форма оплаты труда – один из видов сдельной

заработной платы сотрудников, зависящий от объема и качества произведенной всем коллективом продукции (оказанных медицинских услуг).

При сдельно-премиальной системе сотрудник помимо заработной платы получает премии за перевыполнение рекомендованной нормы и достижение количественных и качественных показателей, определенных действующими условиями премирования. Премии могут быть установлены как в твердых суммах, так и в процентах от сдельного заработка. Сдельно-прогрессивная оплата предусматривает вариабельность сдельных расценок за выполненный объем работ и зависит от количества обслуженных в расчетном месяце пациентов.

Бестарифная система оплаты труда напрямую зависит от фонда заработной платы, который формируется по конкретным результатам работы трудового коллектива. При расчете заработка учитывается коэффициент трудового участия (КТУ) конкретного сотрудника. При использовании бестарифной системы сотрудникам не устанавливается твердый оклад или тарифная ставка.

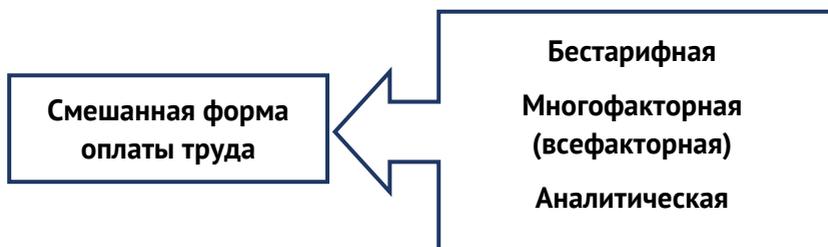


Рис. 5. Система смешанной оплаты труда

В многофакторной (всефакторной) системе оплаты труда ее размер зависит не только от количества оказанных медицинских услуг, но и от иных многочисленных количественных и качественных показателей, связанных с условиями труда, экономией материалов, оценкой степени сложности выполняемых работ, рациональным использованием рабочего времени, ответственностью работников и т.д. Используются специальные методы балльной оценки, а различные виды работ группируются по разрядам заработной платы в зависимости от их количественной оценки в баллах, что позволяет устанавливать соответствующую дифференциацию в оплате труда.

Аналитическая форма оплаты труда подразумевает учет всех составных частей заработной платы сотрудника (оклад, премия, выплаты по листку нетрудоспособности, средний заработок за время командировки и т.д.), социально-экономических условий на микро- и макроуровнях с целью дальнейшего принятия управленческих решений по осуществлению выплат.

4.3. Эффективный контракт как метод дифференцированного способа оплаты труда

В современных условиях главной функцией оплаты труда становится ее мотивационная составляющая. Длительное время на территории нашей страны в той или иной модификации действовали законодательные акты, регламентирующие начисление заработной платы (в том числе и в системе здравоохранения) с учетом должностных окладов. Декретом Совета Народных Комиссаров № 815 от 18 октября 1918 года «Об оплате труда служащих и рабочих Советских учреждений» при составлении смет и найме служащих на всей территории Российской Социалистической Федеративной Советской Республики предписывалось руководствоваться фиксированными тарифами заработной платы, напрямую зависящими от должности, наличия специальных знаний и опыта работы трудящегося. Фактически основы, заложенные в этом документе, стали прообразом для формирования в последующем принципа оплаты труда служащих по единой тарифной сетке (ЕТС).

Единая тарифная сетка в разных вариантах действовала в России с 1992 года по 2008 год. Тарифная сетка подразделяла всех работников бюджетной сферы на 18 разрядов. Размер вознаграждения (оплата труда) зависел от присвоения работающему того или иного разряда в соответствии с занимаемой должностью. Согласно приложению № 1 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 14 октября 1992 года № 785 тарифная ставка (оклад) первого разряда устанавливался Правительством Российской Федерации и был значительно меньше размера минимальной оплаты труда. Ставки (оклады) работников остальных разрядов Единой тарифной сетки устанавливались путем умножения тарифной ставки (оклада) первого разряда на соответствующий

тарифный коэффициент. Это давало возможность оперативно индексировать зарплаты всем бюджетникам в период высокого уровня инфляции в стране. Но этот принцип практически не учитывал специфику профессий, не дифференцировал заработную плату с учетом экономической ситуации в каждой отдельно взятой отрасли, хотя и предусматривал фиксированные компенсационные и стимулирующие выплаты. Заработная плата медиков, работающих в системе ОМС, соответствовала 6–14 разряду единой тарифной сетки и лишь незначительно превышала размер прожиточного минимума. Это вынуждало врачей и медицинских сестер работать на 1,5–2,0 ставки (часто в двух-трех разных лечебных учреждениях), заставляло менять профессию. Интенсификация труда в рамках ограниченного времени приема пациентов приводила к снижению качества оказания медицинской помощи. Именно в конце 90-х наметилась тенденция нарастающего дефицита медицинских кадров, особенно критичная в первичном медико-санитарном звене. Реализация основных направлений национального проекта «Здоровье» (2006–2012 годы), предусматривавшая увеличение заработной платы врачам участковым терапевтам (педиатрам) и медицинским сестрам врачей участковых терапевтов (педиатров), с целью повышения доступности и качества ПМСП, за счет федеральных субвенций (на 10 и 5 тысяч рублей соответственно) существенно не повлияла на сложившуюся ситуацию. Причина – резкое увеличение нагрузок на терапевтическом амбулаторно-поликлиническом приеме (работа по программам дополнительного лекарственного обеспечения, дополнительной иммунизации и т.д.), отсутствие коррекции заработной платы врачей «узких» специалистов амбулаторного звена и стационаров.

Попыткой модернизации формы оплаты труда по ЕТС была реализация в МО принципа оплаты работы медицинского персонала по «конечному результату», то есть в зависимости от числа принятых (пролеченных) врачами пациентов и выполненных медицинских услуг, в соответствии с количеством и суммой счетов выставленных в реестрах МО в ТФОМС. В системе ОМС тарифы на выполняемые услуги не включали полный объем реальных затрат МО из-за дефицита финансовых средств, а были «привязаны» к ЕТС. В тариф закладывалось ровно столько денег на оплату труда медицинского персонала, чтобы при выполнении нормы нагрузки врач или медицинская сестра

получала закреплённую сумму по ЕТС. За увеличение объёма работы оплата производилась только при наличии факта совмещения должностей в пределах отработанного времени, в соответствии с издаваемыми ежемесячно приказами главных врачей. Работа ЛПУ по «конечному результату» позволила врачам, получая официальную заработную плату за прием сверхнормативных пациентов, оказывать МП нуждающимся в ней пациентам без каких-либо ограничений, если это было возможно в условиях конкретной поликлиники или стационара, в том числе и в основное рабочее время. Но «узкие» места нововведения не были учтены. Возможность получения более высоких заработков за счет увеличения числа обслуженных пациентов привела к росту фиксируемых МО амбулаторных приемов (в среднем в 1,9–2,6 раза) и увеличению продолжительности лечения стационарных пациентов, что не всегда было вызвано объективной необходимостью – тяжестью состояния больного. Это заставило ТФОМСы в 2009 году ввести в практику «планы – заказы», ограничивающие количество оплачиваемых по системе ОМС счетов для каждой МО. По сути, принцип работы по «конечному результату» был отменен. Существенных изменений в размере вознаграждения за труд в системе здравоохранения не произошло.

В 2008 году началась реформа тарифной системы, в результате которой в 2010 году осуществлен переход к отраслевому способу оплаты труда медиков (Постановление Правительства РФ от 5 августа 2008 года № 583). ЕТС и НСОТ (новая система оплаты труда) в своей основе подразумевали использование одних и тех же критериев и подходов к начислению заработной платы: при применении ЕТС – к определению разряда, в случае НСОТ – базовой ставки. Одинаковыми остались и принципы начисления стимулирующих надбавок. Они учитывали общий стаж медицинского работника и стаж по специальности, его непрерывность, наличие и уровень квалификационной категории. Разница существовала лишь в том, что до 2010 года доплаты были закреплены законодательно и ограничены вышеуказанным перечнем, а после – декларировано расширение полномочий главных врачей в установлении дополнительных индивидуальных финансовых преференций каждому сотруднику, в соответствии с уровнем их трудовых затрат, но в пределах ФОТ. Так как все базовые, фиксированные надбавки ЕТС сохранены и в НСОТ, а размеры ФОТ

в МО не изменились (источники доходов в МО те же, что и до введения НСОТ – счета ОМС, небольшое количество платных медицинских услуг и минимум бюджетных средств), по сути, никаких изменений в систему оплаты труда не было внесено. Кроме того, «новая» система уже на первых этапах ее внедрения была дискредитирована на местах субъективизмом в определении лиц, которым устанавливались доплаты и поощрительные платежи. Сохранилась тенденция падения стимулирующей функции заработной платы.

К 2012 году разрыв между средней зарплатой врачей бюджетной сферы и работников частного сектора составлял 30–40 %. 7 мая 2012 года президент РФ В. В. Путин подписал 11 «майских указов», в которых были обозначены основные направления социально-экономического развития страны до 2020 года. Они содержали 218 поручений правительству и затрагивали (в числе других) основные вопросы развития системы здравоохранения. Одной из целей «майских указов» было укрепление кадрового потенциала МО. Повышение заработной платы медицинских работников: до 200 % – врачи и 100 % – медицинские сестры являлось лишь средством для достижения этой цели. Отметим, что в различных пояснениях подчеркивалось – зарплата должна зависеть от результатов труда, согласно официальным рекомендациям, оценка размера оплаты труда на одно физическое лицо производилась с учетом всех возможных выплат, включая внутреннее совместительство, расширение зон обслуживания и т.д., на основании статистических данных о численности работающих. На протяжении 2013–2019 годов укомплектованность штатов МО медицинскими кадрами по данным Росстата значительно снизилась, в том числе по врачебным должностям с 88,4 до 83,8 %, должностям среднего медицинского персонала – с 91,9 до 88,4 %, младшего медицинского персонала – с 91,4 до 85 %.

26 ноября 2012 года было опубликовано Распоряжение Правительства РФ № 2190-р «Об утверждении программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы». Программа была составлена на основании «майских указов» и направлена на повышение престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики. В этом документе впервые упоминается необходимость создания условий для заключения трудовых договоров с учетом принципов

эффективного контракта. Началась работа по осуществлению перевода к 2013 году медицинских работников на эффективный контракт.

Мотивационная модель оплаты труда выполняет свое предназначение только тогда, когда тщательно учитывается весь спектр особенностей конкретной деятельности каждого работника (квалификация, трудовой вклад, качество и количество труда) и специфика отрасли. Для этого было осуществлено обновление квалификационных требований по каждой медицинской специальности (разработано 800 профессиональных стандартов), изменены принципы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников с целью обеспечения соответствия их квалификации требованиям современного рынка труда [программа непрерывного медицинского образования (НМО)].

На сегодняшний день медицинский персонал в бюджетных учреждениях здравоохранения получает зарплату, состоящую из трех частей: базовой (должностного оклада), выплат компенсационного характера и стимулирующих выплат (рис. 6).

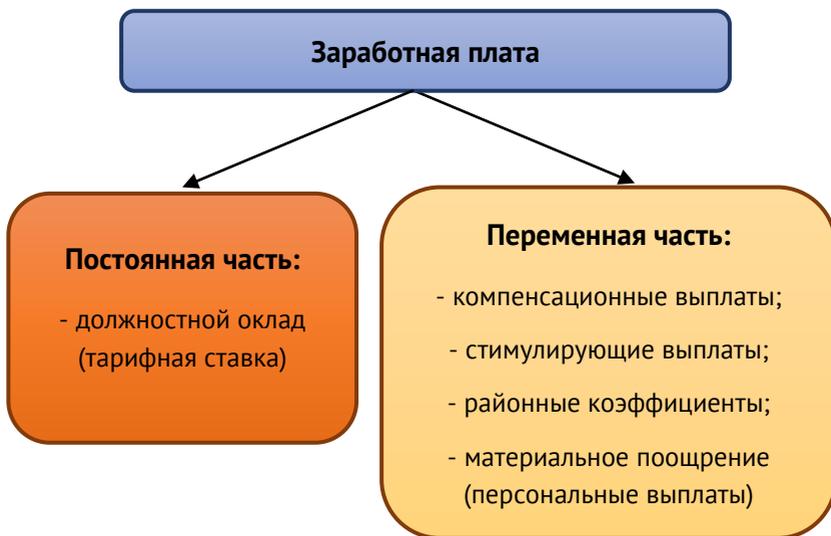


Рис. 6. Структура заработной платы

Базовый оклад – это минимальная должностная ставка заработной платы сотрудника муниципального или государственного учреждения,

включенного в определенную квалификационную группу. Распределение медперсонала по квалификационным группам происходит в соответствии с актуальными методическими рекомендациями Минздрава (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 г. № 801н).

Компенсационные выплаты – это надбавки и доплаты за особый характер труда или работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, например, в ночное время, в регионах с экстремальным климатом или на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению. Медики часто имеют дело и с другими вредными или опасными для здоровья факторами производственной среды, в том числе с реактивами, используемыми в условиях клинико-диагностических лабораторий, физиологическими жидкостями и болезнетворной микрофлорой (именно по этой причине сотрудники медицинских учреждений относятся к группе высокого риска по заражению гриппом, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями). Надбавки за вредные и опасные условия труда устанавливаются только на основании результатов специальной оценки конкретных рабочих мест.

Стимулирующие выплаты – это премии и другие поощрительные надбавки за хорошие результаты и высокое качество работы, стаж работы по специальности, выслугу лет и т.д. Поскольку речь идет о работе в сфере охраны здоровья, одним из неотъемлемых критериев, учитываемых при назначении выплат данного типа, становится качественное оказание медицинской помощи.

Суть **эффективного контракта** состоит в повышении доступности и качества МП за счет создания более действенных стимулов к труду (достигаемых путем дифференцированной оплаты труда). В эффективном контракте конкретизированы должностные обязанности, условия оплаты труда, недвусмысленно определены показатели и критерии оценки эффективности, на основе которых производится назначение стимулирующих выплат. В итоге заработная плата работника явным образом ставится в прямую зависимость от результатов его труда.

Должностной оклад – это фиксированная часть заработной платы конкретного сотрудника исходя из которого рассчитываются все остальные выплаты. В настоящее время он составляет около 30 % в структуре заработной платы, компенсационные выплаты – около 20 %, выплаты стимулирующего характера – 50 %. Такая структура заработной платы

не удовлетворяет основную часть медицинских работников, из-за отсутствия стабильности и четких критериев установления размеров стимулирующих выплат. В связи с многочисленными обращениями врачей и медицинских сестер в органы управления здравоохранением в письме Минздрава России от 4 сентября 2014 года №16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников» изложены рекомендации довести долю окладов до 55–60 % от общего размера заработной платы. Однако до сегодняшнего дня эти рекомендации не реализованы, так как пропорционально росту окладов в денежном эквиваленте должны вырасти и компенсационные, и стимулирующие выплаты, расчет которых осуществляется исходя из должностного оклада конкретного специалиста, а в ФОТ МО не заложены на это дополнительные средства. Для перехода на эффективный контракт вносятся изменения в коллективные договоры МО, изменяются положения об оплате труда, оформляются дополнительные соглашения к трудовым договорам с сотрудниками.

Как осуществляется расчет стимулирующих выплат на практике? Каждому результирующему показателю работы врача присваивается соответствующая оценка в баллах [например: диспансерное наблюдение пациентов не осуществлялось – 0 баллов (или отрицательное значение), 50 % выполнение плана диспансерного наблюдения – 1 балл, 100 % выполнение плана диспансерного наблюдения – 2 балла]. Количество оценочных критериев выбирается произвольно с учетом специфики каждой конкретной МО. Согласно утвержденному на общем собрании сотрудников положению об оплате труда по итогам работы каждого врача МО ежемесячно специальной комиссией оформляется протокол, конкретизирующий их достижения/упущения в работе. Для расчета стоимости одного балла оставшаяся часть ФОТ (после изъятия из него средств на выплаты по должностным окладам и компенсационных выплат) делят на сумму всех полученных врачами баллов. Далее каждому сотруднику выплачиваются суммы, рассчитанные по количеству баллов, умноженных на стоимость одного балла.

Описанные изменения системы оплаты труда всегда проводились в пределах, имеющихся ФОТ МО. Поэтому в целом заработная плата сотрудников всегда сохраняется на одном и том же уровне (с поправкой на ежегодную индексацию). Однако существенное увеличение должностных окладов закрепит приоритет гарантированной части

заработной платы, что, несомненно, при сохранении стимулирующих выплат по качеству и результатам труда, станет положительным результатом реформ в этом направлении.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «заработная плата».
2. Назовите основные функции заработной платы.
3. Что относится к воспроизводственной функции заработной платы?
4. Мотивационная функция заработной платы – это ...
5. В чем заключается регулирующая функция заработной платы?
6. Как описать статусную функция заработной платы?
7. Перечислите основные формы оплаты труда.
8. Кратко охарактеризуйте систему повременной оплаты труда.
9. Назовите формы повременной оплаты труда.
10. Кратко охарактеризуйте систему сдельной оплаты труда.
11. Назовите формы сдельной оплаты труда.
12. Кратко охарактеризуйте систему смешанной оплаты труда.
13. Назовите формы смешанной оплаты труда.
14. Какова структура заработной платы?
15. Дайте определение базового оклада.
16. Дайте определение должностного оклада.
17. Что такое компенсационные выплаты?
18. Что относится к стимулирующим выплатам при начислении заработной платы?
19. Что такое эффективный контракт?

Глава 5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

5.1. Оценка эффективности здравоохранения

Одна из целей ООН по построению более здорового мира, объявленных в Политической декларации ООН (2019) – «наращивать усилия по формированию и укреплению качественных и ориентированных на человека систем здравоохранения и повышению их эффективности путем повышения безопасности пациентов, опираясь на прочный фундамент первичной медико-санитарной помощи и последовательную национальную политику и стратегии, направленные на оказание качественных и безопасных медико-санитарных услуг». В представленной декларации ООН признается необходимым увеличение расходов на здравоохранение в 67 странах, включая Россию, до 7,5 % от ВВП к 2030 году.

В здравоохранении Ф. Н. Кадыров (2007) выделяет три основных вида эффективности: **медицинскую, социальную и экономическую**.

В качестве критерия **медицинской эффективности**, по мнению авторов исследования эффективности здравоохранения на региональном уровне под редакцией Н. В. Кривенко (2020), выступает улучшение здоровья как на уровне пациента, так и населения, выраженное в конкретных показателях.

Социальную эффективность те же авторы определяют через удовлетворенность пациента МП, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, а также изменение ожидаемой продолжительности жизни.

Экономическая эффективность Европейской обсерваторией ВОЗ по системам и политике здравоохранения (2018) рассматривается как соотношение расходов и значимых показателей здравоохранения (например, исходов заболеваний или сохраненных лет жизни с поправкой на ее качество). В общем виде выражается формулой:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Показатель результата (эффект)}}{\text{Расходы (использованные ресурсы)}}$$

На основе приведенной формулы экспертном обзоре под редакцией Е. И. Аксеновой (2020) приводится традиционное уравнение ценности здравоохранения (Health Value – HV) и уравнение рентабельности инвестиций (Return on Investment – ROI) в здравоохранении:

$$HV = \frac{(QoC + E)}{CoC},$$

где QoC (Quality of Care) – качество МП,

E (an Experience) – опыт (опыт пациента при получении МП),

CoC (Cost of Care) – стоимость МП;

$$ROI = \frac{COA}{TPI},$$

где COA (Clinical Outcome Achieved) – достигнутый клинический результат,

TPI (Total Patient Investment) – общие инвестиции в здоровье пациента.

Методика рейтингования национальных систем здравоохранения по их эффективности, используемая агентством Bloomberg, основана на обобщении данных от Всемирной организации здравоохранения, ООН и Всемирного банка по трем основным индикаторам:

– средняя ОПЖ,

– доля государственных затрат на здравоохранение в % от ВВП на душу населения,

– стоимость медицинских услуг на душу населения.

Страна с наивысшей ОПЖ получает в рейтинге наиболее высокий балл, также высшие баллы получают страны с минимальными

затратами на здравоохранение в доле от ВВП и в пересчете на душу населения.

Применение методологии Bloomberg для оценки эффективности здравоохранения в субъектах РФ по мнению В. И. Перхова, О. В. Куделиной и А. А. Третьякова (2019) позволяет получить более точные результаты за счет использования метода Minmax на основе следующих показателей:

- ОПЖ,
- доля консолидированных расходов субъекта РФ на здравоохранение от ВРП,
- расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение на душу населения.

Методика расчета рейтинга эффективности здравоохранения регионов РФ, предложенная Г. Э. Улумбековой и А. Б. Гинойн (2019), наряду с ОПЖ и подушевыми расходами на здравоохранение также учитывает уровень ВРП на душу населения и образ жизни населения (потребление алкоголя и распространенность табакокурения).

В монографии под редакцией Н. В. Кривенко (2020) отмечено, что высокие места в рейтингах эффективных систем здравоохранения могут определяться не только достижениями в сфере здравоохранения, но и другими факторами, что требует более объективной оценки результативности и эффективности систем здравоохранения. Тем не менее, учитывая мнение В. И. Стародубова и др. (2010), соответствующий анализ должен проводиться с точки зрения определения степени влияния именно системы здравоохранения на экономику страны за счет улучшения показателей здоровья.

При оценке эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения М. И. Гадаборшев, М. М. Левкевич и Н. В. Рудлицкая (2021) используют следующие показатели:

- число больничных учреждений;
- число больничных коек;
- обеспеченность населения больничной помощью (коек на 10 тыс. населения);
- число МО, оказывающих ПМСП;
- посещаемость в смену МО, оказывающих ПМСП;
- мощность МО, оказывающих ПМСП (посещений в смену на 10 тыс. населения);

- число станций (отделений) СМП;
- численность лиц, которым была оказана помощь амбулаторно и при выездах;
- число врачей на 10 тыс. населения;
- число среднего медицинских работников на 10 тыс. населения;
- число санаторно-курортных организаций и организаций отдыха;
- численность обслуживающих лиц в санаторно-курортных организациях.

Показатели, предлагаемые теми же авторами для *оценки эффективности использования ресурсов здравоохранения*:

- стационарная помощь (число койко-дней);
- стационарная помощь (стоимость койко-дня);
- объем финансирования стационарной помощи;
- дневные стационары (число пациенто-дней);
- дневные стационары (стоимость пациенто-дня);
- объем финансирования дневных стационаров;
- ПМСП (посещений за год);
- ПМСП (стоимость посещения на 1 чел.);
- объем финансирования ПМСП;
- СМП (число вызовов);
- СМП (стоимость вызова на 1 чел.);
- объем финансирования СМП.

Эффективность собственно системы здравоохранения объективно характеризуется достижением целей отраслевых стратегий, государственных программ и проектов, выраженных в общепризнанных показателях здоровья населения. В России реализуется Стратегия развития здравоохранения на период до 2025 года, государственная программа «Развитие здравоохранения», национальный проект «Здравоохранение». В структуру указанного национального проекта входит 8 федеральных проектов со следующими целями до 2024 года (в первом проекте достижение цели запланировано к 2022 году):

ФП «Развитие системы оказания ПМСП»:

- повышение удовлетворенности населения качеством оказания МП в амбулаторных условиях до 70 % путем создания новой модели МО, оказывающей ПМСП на принципах бережливого производства.

ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями»:

- снижение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. человек;
- повышение доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях;
- повышение удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более;
- снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.

ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»:

- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. человек;
- снижение смертности от инфаркта миокарда;
- снижение смертности от ОНМК;
- снижение больничной летальности от инфаркта миокарда;
- снижение больничной летальности от ОНМК;
- увеличение отношения числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром, до 60 %;
- увеличение количества рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 332,3 тыс.;
- повышение доли профильных госпитализаций пациентов с ОНМК, доставленных автомобилями СМП, до 95 %.

ФП «Развитие экспорта медицинских услуг»:

- увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в 4 раза по сравнению с 2017 годом;
- увеличение количества пролеченных иностранных граждан до 1200 тыс. чел.

ФП «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания МП детям»:

- снижение младенческой смертности в Российской Федерации до 4,5 на 1000 родившихся живыми.

ФП «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»:

- завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских

технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, для повышения качества оказания МП населению РФ.

ФП «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»:

– ликвидация кадрового дефицита в МО, оказывающих ПМСП.

ФП «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)»:

– повышение эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания механизмов взаимодействия МО на основе ЕГИСЗ и внедрения цифровых технологий и платформенных решений, формирующих единый цифровой контур здравоохранения.

На уровне субъектов РФ реализуются соответствующие региональные проекты развития здравоохранения.

Эффективность системы здравоохранения, наряду с реализацией государственной политики, в определенной степени предопределяется влиянием каждой отдельно взятой МО на показатели здоровья населения. Совершенствование работы МО, в частности на принципах бережливого производства, позволяет изыскивать ресурсы для повышения эффективности деятельности МО.

5.2. Экономический анализ в здравоохранении

Целью экономического анализа в здравоохранении является обеспечение эффективности деятельности МО, а также их финансовой устойчивости. В ходе ЭА деятельности МО используются методы сравнительной оценки показателей как собственно медицинской, клинической, так и экономической, финансовой деятельности. При этом предметом анализа является не только лечебная и хозяйственная деятельность МО, но и эффективность использования ресурсов МО. На основе результатов ЭА разрабатываются плановые, организационные и другие решения в целях улучшения деятельности МО.

Задачи ЭА деятельности МО:

– оценка полноты удовлетворения потребностей в медицинских услугах;

- оценка эффективности использования ресурсов МО с целью выявления и мобилизации резервов;
- мониторинг показателей хозяйственной деятельности МО, выявление причин отклонений показателей от нормативных значений;
- поддержка принятия эффективных управленческих решений путем анализа экономической информации;
- оценка эффективности управленческих решений.

Ресурсы МО:

- трудовые (медицинский, административно-управленческий и вспомогательный персонал, который по образованию, физическому состоянию и профессионально-квалификационному уровню способен производить необходимые потребителям МО услуги);
- материальные (здания, оборудование, лекарственные препараты, расходные материалы и другие материальные ценности, которые МО использует для оказания медицинских услуг);
- финансовые (денежные средства, находящихся в распоряжении МО для обеспечения ее деятельности, в виде средств на счетах, ценных бумаг и т.п.).

Виды ЭА по содержанию исследования:

- финансово-экономический анализ (определение стоимости, себестоимости, прибыли, рентабельности, обеспеченности ресурсами);
- технико-экономический анализ (оценка уровня обеспеченности оборудованием и технологиями, организации работы МО с позицией их влияния на результаты деятельности МО);
- функционально-стоимостной анализ (экономическая классификация медицинских услуг, нормирование труда, определение потребности в оборудовании и технологиях по различным видам МП).

Виды ЭА по времени проведения:

- текущий (год, квартал, месяц);
- оперативный (контроль на постоянной основе);
- перспективный (поиск решений, способных улучшить функционирование МО).

Виды ЭА по полноте охвата:

- полный;
- локальный;
- тематический.

Виды ЭА по видам показателей:

- натуральные;
- трудовые;
- финансовые.

Виды ЭА по сфере анализируемых явлений:

- медицинские;
- экономические;
- кадровые.

Виды ЭА по методам изучения объектов:

- сплошной;
- выборочный;
- комплексный.

Виды ЭА по периодичности проведения:

- разовый;
- систематический.

Виды ЭА по детализации изучения деятельности:

- МО в целом;
- на уровне подразделения;
- на уровне работника.

Основные направления ЭА:

- использование труда;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование основных средств;
- улучшение качества и повышение конкурентоспособности;
- внешнеэкономическая деятельность;
- оценка результатов производственно-хозяйственной деятельности;
- финансовая устойчивость и платежеспособность МО;
- формирование и использование доходов и прибыли.

Основные методы ЭА:

- статистический;
- медико-экономический;
- опрос;
- экспертных оценок;
- комплексный.

Активы МО, используемые в процессе деятельности длительное время, называют основными средствами (основным капиталом или

основными фондами). До 80 % стоимости ОС, как правило, составляет стоимость зданий МО. Медицинское и прочее оборудование относят к активной части ОС.

Показатели стоимости и состояния ОС:

- балансовая стоимость (в бухгалтерском балансе МО);
- физический износ (утрата потребительной стоимости в процессе эксплуатации);
- моральный износ (уменьшение стоимости по мере научно-технического прогресса).

Реновация – замена выбывающих ОС новыми, необходимое условие поддержания качества и безопасности медицинских услуг. Реновация осуществляется за счет амортизационных отчислений. В свою очередь, под **амортизацией** принято понимать перенос стоимости ОС по мере их физического и морального износа на себестоимость продукции (в частности, медицинских услуг). Например, если определенный прибор должен проработать 10 лет, то каждый год $\frac{1}{10}$ его стоимости в виде амортизационных отчислений учитывается в затратах МО, формирует себестоимость услуг и пополняет амортизационный фонд.

А. Р. Ильясова (2019) приводит следующие *показатели использования ОС*:

- фондовооруженность труда (оснащенность труда ОС);
- фондоотдача (эффективность использования ОС);
- производительность труда (как правило, стоимость продукции, произведенной за год на 1 работника);
- рентабельность (отношение прибыли к себестоимости);
- прибыль;
- себестоимость.

Источником данных для проведения анализа являются:

- регламентирующие документы;
- хозяйственные договоры;
- бухгалтерская и статистическая отчетность;
- акты проверок, жалобы, заявления и др. подобные документы.

Бухгалтерский баланс документирует состояние финансовых и материальных ресурсов МО, а также результаты ее финансово-хозяйственной деятельности. Данные баланса, по А. Р. Ильясовой (2019), в частности, отражают платежеспособность МО.

Активы – часть бухгалтерского баланса, отражающая финансовые, материальные и нематериальные ресурсы МО в денежном выражении. Активы показывают потенциал МО, который при ведении деятельности может быть преобразован в денежный поток.

Пассивы – это часть бухгалтерского баланса, суммирующая источники денежных средств и обязательств МО, за счет которых сформированы ее активы.

Основное уравнение бухгалтерского учета – активы равны пассивам.

Ликвидность активов – возможность реализации (продажи) ресурсов организации для погашения ее финансовых обязательств.

Прибыль – экономическая категория, выражающаяся в превышении доходов от реализации продукции, в частности, медицинских услуг, над затратами, связанными с производством продукции (оказанием услуг) и отражающая финансовые результаты деятельности.

Затраты – стоимостное выражение финансовых, материальных и других ресурсов, использованных при производстве продукции (оказании услуг).

Контрольные вопросы

1. Какие виды эффективности выделяют в здравоохранении?
2. Приведите уравнения ценности здравоохранения и рентабельности инвестиций в здравоохранении.
3. Какие методики оценки эффективности здравоохранения построены на основе средней ОПЖ при рождении? В чем состоят различия этих методик?
4. Какие показатели используются для оценки эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения?
5. Какие показатели применяются для оценки эффективности использования ресурсов здравоохранения?
6. Какие федеральные проекты реализуются в рамках национального проекта «Здравоохранение» с целями до 2024 года?
7. В чем состоит основная цель ФП «Развитие системы оказания ПМСП»?
8. Назовите цели ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями».

9. Назовите цели ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».
10. Назовите цели ФП «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».
11. Каковы задачи экономического анализа деятельности МО?
12. Приведите классификацию экономического анализа по видам.
13. Назовите основные направления и методы экономического анализа в здравоохранении.
14. Что такое бухгалтерский баланс? Поясните понятия: активы, пассивы, основные средства, балансовая стоимость, реновация, амортизация.
15. Какие финансовые показатели характеризуют итоги экономической деятельности МО?

Глава 6. МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Определение понятия «маркетинг».

Маркетинговая деятельность медицинской организации

Система здравоохранения является часто реформируемой отраслью экономики, что влечет за собой изменение организационно-правовых форм МО и появление новых источников финансирования. Одним из инструментов адаптации к переменам и экономическим тенденциям является маркетинг. В условиях рыночных отношений необходим анализ потребностей в МП с целью рационального использования имеющихся ресурсов.

Возникают новые, более совершенные механизмы хозяйственной деятельности, получают развитие более конкурентоспособные формы МО. Это повышает значимость маркетинга в здравоохранении.

Термин «маркетинг» произошел от английского слова «*market*» (рынок) и в широком смысле означает различную рыночную деятельность и все, что с ней связано. Принято считать, что принципы маркетинга зародились в XVII веке в Японии, когда там появились первые магазины с распределением разных видов товаров по конкретным отделам, что привело к необходимости анализа потребностей покупателей и организации на основе этих данных производства нужного количества товара.

Во второй половине XIX века в экономике произошли коренные изменения, стремительно росло производство товаров и услуг. Между многочисленными производствами обострилась конкуренция, возникла

проблема реализации – сбыт начал отставать от производства. Появилась насущная необходимость в теоретическом осмыслении этих радикальных изменений в экономике, возник современный маркетинг.

Первым, кто осознал значение маркетинга в бизнесе, был американский изобретатель и предприниматель Сайрус Маккормик (1809–1884 гг.), указавший на то, что маркетинг должен стать одной из важнейших функций бизнеса, а задачей маркетинга должны стать усилия по созданию круга потребителей. Он разработал такие направления современного маркетинга, как изучение и анализ рынка, принципы ценовой политики и сервисного обслуживания.

Существует несколько определений маркетинга.

Под маркетингом Р. Александер (1960) понимал предпринимательскую деятельность, управляющую продвижением товаров и услуг от производителей к потребителю.

Широко известный классик маркетинга Ф. Котлер (1991) подчеркивал, что маркетинг является видом деятельности человека, направленной на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена.

Маркетинг в здравоохранении В. З. Кучеренко и Н. И. Филатов (1991) определяют, как основанную на комплексном изучении спроса потребителя систему принципов, методов и мер, направленных на формирование предложений производителем медицинских услуг.

Наибольшее влияние на развитие маркетинга в медицине оказали следующие тенденции:

- снизилась обращаемость населения в МО;
- ухудшились показатели здоровья населения;
- повысились требования к качеству МП;
- сформировался запрос на сокращение издержек при производстве медицинских товаров и услуг;
- предложение медицинских услуг превысило спрос;
- увеличилась доля частного сектора здравоохранения;
- появились новые источники финансирования.

Таким образом, можно сказать, что маркетинг в здравоохранении – это процесс анализа имеющегося на данном этапе рынка медицинских товаров и услуг с целью формирования баланса между спросом и предложением.

Выделяют несколько направлений маркетинга на рынке здравоохранения:

- лекарственных препаратов;
- медицинских услуг;
- медицинских технологий;
- медицинской техники;
- научных идей в данной сфере.

Целью маркетинга в медицине является экономическая эффективность производства и реализации медицинских товаров и услуг, сохранение и повышение рентабельности МО.

Чтобы лучше понять механизмы маркетинга, нужно разобраться в терминах «нужда», «потребность», «запрос», «товар», «обмен», «рынок».

Нужда – ощущение нехватки, недостатка в чем-либо. На физиологическом уровне можно нуждаться в пище, тепле, продлении рода, здоровье; на социальном – в самоутверждении, духовной близости.

Потребность – это нужда, проявляющаяся в специфической форме на определенном социальном уровне человека.

Запрос представляет из себя это подкрепленной покупательской способностью потребность. Учитывая ограниченность материальных возможностей, человек склонен выбирать доступные товары, доставляющие ему наибольшее удовлетворение.

Товар – это то, что может предложить продавец (или медицинский работник) для удовлетворения потребностей покупателя (пациента). В области здравоохранения одним из основных товаров являются медицинские услуги. *Услуга* – объект продажи в виде действия исполнителя, приносящая пользу ее потребителю.

Обмен – это процесс получения желаемого путем предложения чего-либо взамен. Обмен – один из самых важных рыночных процессов. Коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами называется сделкой.

Рынок – это форма экономических отношений между продавцом и покупателем, которая позволяет совершать обмен необходимыми ресурсами, а также это экономическая среда, работающая по всем законам общей экономики.

Медицинская услуга в самом общем виде является совокупностью профессиональных действий медицинского работника, направленных на удовлетворение потребностей пациента.

Услуги здравоохранения – сознательное благо, которое должно быть предоставлено человеку независимо от уровня его дохода.

Особенно, когда речь идет о каком-либо заболевании: ведь если это благо не предоставится, то последствия могут быть тяжелыми не только для конкретного человека, но и для многих других людей. Например, снижение работоспособности, рост инвалидности и смертности населения и, как следствие, повышенная демографическая нагрузка на трудоспособное население; если это инфекционное заболевание, то угроза его распространения до масштабов эпидемии и пандемии.

Медицинские услуги – довольно широкий сегмент маркетинговой деятельности. Чтобы иметь о них полное представление, рассмотрим следующую **классификацию**:

1. **По характеру**: диагностические, лечебные, экспертные, реабилитационные, комбинированные услуги.

2. **По сферам системы здравоохранения**: амбулаторные, стационарные, эпидемиологические услуги.

3. **По уровню оказания МП**: квалифицированные, специализированные, врачебные, доврачебные.

4. **По интенсивности**: плановые, скорые, неотложные.

5. **По инвазивности**: инвазивные и неинвазивные.

6. **По квалификации источника**, оказывающего услугу: высокие, средние, низкие.

7. **По технологии**: высокотехнологические, рутинные.

8. **По соблюдению стандарта**: соответствующие и несоответствующие. Последняя категория дополнительно подразделяется на: обоснованно, необоснованно, ошибочно несоответствующие стандарту.

9. **По срокам достижения результатов**: выполненные в срок и не выполненные в срок.

10. **По правовым нормам**: соответствующие, несоответствующие, халатные и ошибочные.

Учитывая эту классификацию, возможно гораздо быстрее и результативнее выстроить маркетинговую деятельность любому специалисту – не только маркетологу, но и эксперту страховой компании, менеджеру, организатору здравоохранения.

Также медицинские услуги имеют 4 основные **характеристики**:

• **Неосвязаемость**: медицинскую услугу возможно ощутить (увидеть, потрогать, услышать и прочее) только в момент ее приобретения. Поэтому пациент не может заранее знать конечные результаты оказания данной услуги, но ему важно быть уверенным в качестве этих услуг.

На это впечатление влияют самые разнообразные факторы – расположение и внешний и внутренний вид МО, стоимость услуг, квалификация персонала, современность оборудования. Что же нужно нам сделать? Обратить внимание клиента на выгоды при получении медицинской услуги в конкретной МО.

- **Неотделимость от источника** оказания МП, поскольку для этого требуется непосредственный контакт производителя услуги и потребителя (пациента). Таким образом, медицинский работник тоже становится частью услуги, и личные качества конкретного специалиста, его квалификация будут оказывать большое влияние на удовлетворенность пациента результатом.

- **Несохраняемость** услуги заключается в том, что процесс производства совпадает с процессом реализации. К сожалению, услугу невозможно произвести заранее в нужном нам количестве и хранить до возникновения спроса на нее. Таким образом, количество обратившихся пациентов будет оказывать непосредственное влияние на экономическую эффективность конкретной услуги. Например, в период отпусков спрос может значительно падать. Это нужно учитывать для сохранения рентабельности производства.

- **Непостоянство качества**, которое в значительной степени подвержено влиянию человеческого фактора как со стороны специалиста, так и со стороны пациента. Качество будет зависеть от квалификации врача, оснащенности МО, а также от индивидуальных особенностей ее потребителя (анатомических, возрастных, психологических и др.).

Итак, маркетинг – это деятельность и процесс, а процессом нужно управлять.

Управление маркетингом – это комплекс мер стратегического и тактического характера, направленный на максимизацию потребления товара или услуги. Частью управления маркетингом является управление спросом.

В случае, когда спрос на товары и услуги ниже объема их производства можно говорить об *отрицательном спросе*, например, на непопулярные среди населения услуги (например, прививки от гриппа).

Скрытым спрос называют, когда его уровень сложно оценить.

Снижение потребления какого-либо товара, например, сезонное падение спроса в летнее время – это *падающий спрос*.

Колебания спроса, характерные для ряда медицинских услуг, позволяют охарактеризовать его, как *нерегулярный спрос*.

Спрос, при котором потребности покупателя и производителя совпадают, называется *полноценным спросом*.

При *чрезмерном спросе* возможности производителя недостаточны для удовлетворения спроса.

Спрос на вредные для здоровья и безопасности потребителей товары и услуги является *нерациональным спросом*.

Отсутствие спроса возникает при полном безразличии или незаинтересованности потребителей в конкретном товаре или услуге.

Многие считают, что маркетинг – исключительно коммерческий процесс, направленный, в первую очередь, на получение прибыли, и в здравоохранении его применение неуместно. В действительности это не совсем так и существует некоммерческий маркетинг в общественных интересах. Это и есть **социальный маркетинг** – процесс использования инструментария маркетинга для улучшения жизни как отдельных лиц, так и общества в целом. Медицинская отрасль, как никакая другая, требует его использования. Целью этой деятельности является изменение общественного сознания и долгосрочные положительные изменения среди населения (например, укрепление здоровья путем популяризации здорового образа жизни). Как правило, такие кампании связаны с большими денежными затратами, а не с прибылью. В наше время социальный маркетинг в области здравоохранения обретает все большую популярность. Так, в России основная область применения социального маркетинга – профилактика заболеваний. Это не только информирование населения о последствиях той или иной инфекции или патологии и призывы к вакцинации и здоровому образу жизни. Главное – повышение ответственности каждого человека, потребность каждого гражданина быть здоровым и желание поддерживать это состояние всеми силами.

Возвращаясь к процессу управления маркетингом, можно выделить в нем 4 основных этапа:

1. Анализ маркетинговой среды (анализ рынка).
2. Сегментирование рынка.
3. Разработка комплекса маркетинга.
4. Практическая реализация комплекса маркетинга.

Любой субъект хозяйственной деятельности так или иначе находится под воздействием различных факторов окружающей его среды – *маркетинговой среды*. Первостепенное значение при планировании маркетинговой деятельности имеет анализ рыночных возможностей. Проводя этот анализ, мы должны тщательно изучить влияние факторов внешней и внутренней среды конкретной медицинской организации. Соответственно, маркетинговая среда – это активное взаимодействие хозяйственных субъектов и факторов, оказывающих влияние на реализацию маркетинговой деятельности с целью успешного сотрудничества с клиентами. Маркетинговую среду можно разделить на макро- и микросреду.

Маркетинговая микросреда – это взаимодействие маркетинговых процессов и субъектов внутри одного медицинского учреждения.

Маркетинговая макросреда – это взаимодействие маркетинговых процессов и субъектов в более крупных масштабах, например, страны, региона, города, района. К ней относятся: поставщики; конкуренты; рынок медицинских услуг; средства массовой информации; работники служб рекламы и т.д.

Для удобства и более тщательного анализа и отбора рынков проводят их сегментирование.

Сегментирование рынка – это разделение рынка на определенные группы по каким-либо признакам. Это могут быть демографические признаки или территориальные (географические), поведенческие и прочие. Особенно часто в системе здравоохранения такое сегментирование проводится при анализе рынков в процессе деятельности частных клиник, стоматологических и косметологических кабинетов.

После выбора рынка, его сегментирования и анализа привлекательности для потенциальных клиентов (пациентов), необходимо разработать *комплекс маркетинга* для конкретного (целевого) сегмента. Это набор инструментов маркетинга, поддающихся управлению и помогающих организации оказывать влияние на рынок и его участников. Классическая модель комплекса маркетинга включает четыре основных направления деятельности и называется 4P: продукт (Product), цена (Price), место (Place), продвижение (Promotion). Разработка комплекса маркетинга – ключевое звено маркетинговой деятельности МО.

Важный этап маркетинга – продвижение товара на рынке. Успешное завоевание рынка не обходится без *маркетинговых коммуникаций* – это процесс передачи информации о производимом товаре

или услуге или организации/бренде в целом. Коммуникационный маркетинговый комплекс включает рекламу (телевизионная, в прессе, радио-, интернет-реклама, наружная и т.д.), связи с общественностью (PR), личные продажи, прямой маркетинг (email-рассылки, sms-рассылки, коммуникации с помощью мобильных приложений, раздача листовок и прочее), брендинг, программы лояльности.

Успешному продвижению на рынке способствует *стратегический маркетинг*. Основная его задача – постоянный мониторинг ситуации в МО, выявление новых возможностей и направлений развития. Фокус внимания стратегического маркетинга ориентирован на увеличение производства и сбыт.

Маркетинг в здравоохранении побуждает к формированию в МО пациентоориентированной среды, настроенной на высокие стандарты оказания МП, формирует у населения стойкий интерес к сохранению и укреплению здоровья.

6.2. Понятие рынка медицинских услуг.

Основные составляющие рынка медицинских услуг

Все изменения в общественном хозяйстве, в том числе и в здравоохранении, тесно связаны с переходом на рыночные отношения. Понятие рынка довольно широко и объемно. Оно включает в себя как самое элементарное понятие собственно территории (базар), так и глобальное – среду взаимодействия всех субъектов рыночных отношений. Поэтому существует несколько определений рынка.

Рынок – это система экономических отношений между отдельными, самостоятельными хозяйствующими субъектами, включающая процессы производства, обмена, распределения и потребления. Рынок – это сфера деятельности, организованная по экономическим законам товарного производства, обращения и обмена. Рынок – это общественный институт, сводящий воедино продавца и покупателя. Рынок является экономической категорией, поэтому тесно связан с обменом, обращением, торговлей, торговыми услугами. Из анализа определений рынка видим, что он стал результатом естественного исторического развития обмена и условий, породивших товарное хозяйство. Возник рынок более 6 тыс. лет назад и продолжает развиваться в настоящее время.

Основными принципами функционирования и развития рынка являются:

- свободная конкуренция и предпринимательство;
- многообразие форм собственности;
- равнозначное существование разных форм собственности;
- одинаковый доступ к имеющимся ресурсам;
- разделение труда и специализация отдельных видов производств;
- взаимная выгода.

Экономическая теория выделяет 3 основных рынка: рынок факторов производства, рынок товаров и услуг, финансовый рынок. Кроме того, рынки могут быть классифицированы и по другим признакам, представленным в табл. 3.

Таблица 3

Классификация структуры рынка

Виды рынка	Типы рынка
1. По экономическому назначению объектов рыночных отношений	<ul style="list-style-type: none"> • рынок товаров и услуг • рынок средств производства • рынок труда • рынок инвестиций • финансовый рынок • рынок информации
1. По географическому положению	<ul style="list-style-type: none"> • местный • региональный • национальный • мировой
2. По видам конкуренции	<ul style="list-style-type: none"> • монополистический рынок • олигополистический рынок • монополистической конкуренции • рынок совершенной конкуренции
3. По отраслям	<ul style="list-style-type: none"> • рынок сельхозпродукции • рынок здравоохранения • компьютерных технологий и т.д.
4. По характеру продаж	<ul style="list-style-type: none"> • оптовый • розничный
5. По степени насыщенности	<ul style="list-style-type: none"> • дефицитный рынок • избыточный рынок • равновесный
6. По степени законности	<ul style="list-style-type: none"> • легальный • нелегальный

Рынок медицинских услуг является частью рынка здравоохранения. Можно сказать, что рынок медицинских товаров и услуг представляет собой сегмент рынка товаров и услуг для сохранения и улучшения общественного здоровья. Сам же рынок здравоохранения объединяет группу тесно связанных между собой рынков: фармацевтической продукции, медицинских услуг, труда медицинского персонала, медицинских технологий, медицинского оборудования, научных разработок и др.

Основные товары и услуги в сфере здравоохранения:

- предметы медицинского назначения – лекарственные препараты, перевязочные материалы, оборудование и др.;
- медицинские услуги;
- медицинская информация – учебная информация, для медицинских работников, для пациентов и т.д.

Особенности рынка медицинских услуг:

1. Участие в обмене 3 субъектов: производителя услуг, потребителя (пациента) и возможного посредника в лице страховой медицинской организации.

2. Медицинскую услугу легче продать, т.к. она бывает жизненно необходима.

3. Не всегда возможно проследить четкую связь между затраченными ресурсами и конечным результатом.

4. Всегда в приоритете социальная и медицинская эффективность.

Также является важным доверие пациента к врачу, именно медицинский работник может повлиять на изменение спроса на конкретную услугу.

Рынок медицинских услуг выполняет ряд экономических функций.

Посредническая функция выступает площадкой, на которой встречаются продавцы и покупатели.

Информационная функция дает объективную информацию об изменении количества, качества и стоимости услуг.

Ценообразующая функция: цена всегда зависит от нескольких факторов (спроса, конкуренции и т.д.), а не только от затраченных ресурсов.

Регулирующая функция в силу конкуренции способствует снижению цен и, как следствие, затрат на единицу оказываемых услуг, побуждает к повышению качества.

Функция санирования: в конкурентной борьбе «выживает сильнейший».

Стимулирующая функция заставляет производителей создавать новую продукцию с наименьшими затратами и получением достаточной прибыли.

Функция экономичности способствует рациональному поведению потребителей, соразмеряя спрос с их доходами.

Переход системы здравоохранения на рыночные отношения изменил:

- взаимоотношения субъектов здравоохранения;
- финансирование здравоохранения (новые источники финансирования и способы оплаты медицинских услуг);
- роль государства;
- роль организационно-правовых форм МО.

В сложившейся ситуации повышения влияния рыночных отношений на развитие здравоохранения просто необходимо использовать рычаги маркетинга для формирования устойчивой потребности населения в здоровье. С одной стороны, восприятие здоровья исключительно как отсутствия симптомов болезни ведет к поздней обращаемости за МП, появлению тяжелых, запущенных форм заболеваний. За этим следует рост бремени болезней в экономике и обществе. С другой стороны, эффективная маркетинговая деятельность, направленная на формирование у населения здоровьесберегающих установок, ответственного отношения к здоровью, способствует укреплению общественного здоровья, росту рынка товаров и услуг для поддержания и укрепления здоровья.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение маркетинга. Какова его основная цель?
2. Почему маркетинг необходим в современных условиях работы МО? Перечислите основные направления маркетинга в здравоохранении.
3. Какие основные понятия маркетинга вы знаете?
4. Дайте развернутую классификацию медицинских услуг.
5. Назовите основные характеристики медицинской услуги.

6. Что такое управление маркетингом? Какие виды спроса и маркетинга вы можете назвать?
7. Что такое социальный маркетинг в медицине?
8. Из каких этапов состоит процесс управления маркетингом?
9. Как осуществляется вывод товара на рынок?
10. Опишите элементы комплекса маркетинга 4Р.
11. Какие виды рынка можно выделить?
12. Что такое рынок медицинских услуг и каковы его основные особенности?
13. Назовите основные функции рынка медицинских услуг.
14. Какова структура рынка услуг в здравоохранении?
15. Назовите принципы, по которым функционирует рынок.

Глава 7. МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

7.1. Понятие менеджмента в здравоохранении

Менеджмент в здравоохранении в России начал активно развиваться как научно-прикладная дисциплина с началом перехода экономики страны на рыночные механизмы хозяйствования в начале 90-х годов прошлого века. В силу сложившихся исторических традиций российской медицины трансформационные процессы носят длительный эволюционный характер. Тем не менее общий менеджмент уже более 15 лет преподается в медицинских вузах студентам, получающим не только управленческие специальности, но и студентам медицинских факультетов.

Термин «менеджмент» (от лат. *manus* – рука) вошел в оборот в Англии в XVIII в. с промышленной революцией.

Менеджмент – это наука об управлении.

Менеджмент – это группа руководителей среднего и высшего звена.

Менеджмент – это философия развития организации, частности МО.

Менеджмент – это искусство управления людьми.

Менеджмент – это моделирование управленческих систем и организаций.

Менеджмент – это процесс достижения целей организации.

Русская аналогия – «руководство», то есть рукой вожу, показываю, что делать.

Менеджмент в здравоохранении – это наука об управлении МО, которые сегодня представлены широким спектром государственных учреждений и частных компаний. Изучение менеджмента в здравоохранении позволяет получить знания не узко отраслевой направленности,

а возможность приобрести фундаментальные знания по управлению организациями любой отрасли экономики.

Основные виды менеджмента в здравоохранении

Организационный менеджмент необходим для управления созданием МО, формированием ее организационной структуры, системы управления; разработкой локальных регламентирующих документов.

Производственный менеджмент призван обеспечить эффективное ведение деятельности МО, управление процессами и качеством МП.

Снабженческо-бытовой менеджмент обеспечивает заключение хозяйственных договоров, закупки для нужд МО, а также реализацию услуг МО и коммуникацию с потребителями при реализации маркетинговых стратегий.

Инновационный менеджмент – это организация научных исследований и разработок, внедрение их результатов в деятельность МО.

Маркетинг-менеджмент – управление поведением МО на рынке: анализ рынка медицинских услуг, построение бренда, рыночное позиционирование МО, расширение ассортимента медицинских услуг.

Персонал-менеджмент нацелен на привлечение, развитие и повышение квалификации кадров МО, совершенствование системы мотивации, улучшение условий труда, предупреждение профессионального выгорания и трудовых конфликтов.

Финансовый менеджмент необходим при финансовом планировании в МО, оценке финансового состояния МО и анализе ее эффективности.

Эккаунтинг-менеджмент – передовой подход к управлению сбором и анализом данных о работе организации, сопоставлением результатов деятельности МО с плановыми показателями и результатами других МО с целью выявления проблем и обеспечения полного использования доступных ресурсов.

Менеджмент знаний направляет процессы сбора, обработки и использования информации, извлечение из накопленной базы знаний дополнительной ценности. Менеджмент знаний – это механизм непрерывно обучающейся организации, что особенно актуально для деятельности МО, где распространение знаний и обучение навыкам имеет ключевое значение для получения конкурентных преимуществ на рынке медицинских услуг.

Функции менеджмента

Содержание любой целенаправленной деятельности раскрывается в функциях. С течением времени функции менеджмента трансформировались и в конечном итоге в применении осталось 5 основных функций, что не означает, что менеджмент не использует всю палитру функций (например, для МО не утратили значение функции администрирования и предвидения):

Планирование – это процесс разработки плана, определяющего то, чего нужно достичь и какими методами, определяясь со временем и пространством.

Организация – это процесс объединения людей и средств для достижения общеорганизационных целей.

Координация – это достижение упорядоченности и согласованности действий всех подразделений и работников за счет построения эффективной коммуникации между ними.

Мотивация – это процесс вовлечения себя и других в деятельность, направленную на достижение личных и организационных целей.

Контроль – это постоянный процесс своевременного обнаружения возникающих в ходе производственно-хозяйственной деятельности внутренних проблем, а также изменений внешней среды с целью коррекции и адаптации.

Выдающиеся личности в развитии управленческой мысли

Здесь мы познакомим вас с мыслями выдающихся ученых, которые внесли неоценимый вклад в развитие менеджмента как науки. Принципы работы и управления, описанные Ф. Тейлором, А. Файолем, Г. Эммерсоном, П. Друкером не потеряли своей актуальности. Менеджеры всех организаций независимо от отраслевой принадлежности используют в своей деятельности эти правила, принципы и методы в управленческой деятельности.

Принципы работы Ф. Тейлора

1. Сбор подробной информации о хронометраже и операциях. Применение различных методов, чтобы выявить наиболее эффективный способ исполнения каждой операции.

2. Превращение новых методов в кодифицированные правила. Обучение всех рабочих новым методам.

3. Отбор рабочих, чьи способности удовлетворяют правилам производства.

4. Установление справедливых и выполнимых индикаторов труда и выплата премий за высокие производственные показатели. Рабочие должны получать выгоду от высокой производительности труда. Введение дифференцированной системы оплаты труда в зависимости от производительности труда.

12 принципов эффективности Г. Эммерсона:

- 1) четкие цели;
- 2) здравый смысл (признание ошибок и выявление их причин);
- 3) совершенствование управления консультациями профессионалов;
- 4) дисциплина, регламентация деятельности, контроль и своевременное поощрение;
- 5) справедливость к работникам;
- 6) постоянный, оперативный, надежный, полный и точный учет;
- 7) диспетчирование;
- 8) нормы, способствующие мобилизации резервов;
- 9) обеспечение оптимальных условий труда;
- 10) стандартизации операций по способам выполнения и времени;
- 11) стандартные письменные инструкции;
- 12) вознаграждение работников за производительность.

14 принципов управления А. Файоля

1. **Разделение труда** с целью наращивания объема производства и повышения качества продукции при тех же затратах сил.

2. **Власть – ответственность.** Власть неотделима от ответственности.

3. **Дисциплина.**

4. **Единство распорядительства** (единоначалие).

5. **Единство руководства:** один руководитель и один план действий для процессов, направленных на достижение одной и той же цели.

6. **Подчинение частных интересов общим.**

7. **Вознаграждение персонала** должно быть приемлемым для нанимателя и служащего.

8. **Централизация** и децентрализация в разумном балансе, благоприятном для организации.

9. **Иерархия.**

10. **Порядок** – определенное место для каждого и каждый на своем месте.

11. **Справедливость** как сочетание благожелательности с правосудием.

12. **Постоянство состава персонала.** Изменения в кадровом составе неизбежны, вопрос в мере.

13. **Инициатива.**

14. **Единение персонала.**

Принципы управления П. Друкера

1) организация и распределение работы; построение необходимой организационной структуры и подбор кадров;

2) формулирование целей, выбор путей их достижения, постановка конкретных задач;

3) мотивация, формирование коллектива ответственных исполнителей, организация их согласованной работы;

4) нормирование, анализ деятельности, оценка работников;

5) найм работников.

Различные подходы к управленческой деятельности

В соответствии с **ситуационным подходом** менеджмент предстает в качестве процесса реагирования на действие факторов внешней и внутренней среды (с акцентом на внешнюю среду). Ситуации в медицинской среде имеют свойство меняться с большой скоростью, не зря в латинских терминах существуют рекомендации *CITO* и *CITISSIMO* («БЫСТРО» и «КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ»). Задача принятия решений медицинским руководителем в таких ситуациях осложняется не только скоростью принятия решения, но и высокой ответственностью.

Системный подход к управлению предполагает рассмотрение организации как единой совокупности различных элементов и видов деятельности, взаимосвязанной с внешней средой. При анализе и оценке влияния воздействующих на эту систему факторов данный подход фокусирует внимание на взаимодействии элементов системы. В МО такими элементами выступают персонал, пациенты, производственные отношения по поводу лечебно-диагностического и профилактического процесса, поставщики оборудования и лекарственных препаратов, медицинские сообщества, страховые организации,

органы государственной власти, производители медицинского оборудования и фармацевтические компании, факторы внешней и внутренней среды. Задача менеджера заключается в том, чтобы на постоянной основе проводить мониторинг всех этих элементов и изменений в их параметрах для принятия правильных и своевременных управленческих решений.

Процессный подход предполагает разделение процессов в организации на главные и вспомогательные. Процессы, в свою очередь, разделяют на подпроцессы, а подпроцессы разделяют на простые операции. В МО главными процессами выступают: лечебный, диагностический, профилактический, реабилитационный, транспортировочный. В зависимости от профиля МО тот или иной процесс может из главного переходить во вспомогательный, и наоборот. Например, в санаторно-курортном учреждении реабилитационный процесс будет главным, а лечебный – вспомогательным, в госпитале же главным будет процесс лечебно-диагностический, а реабилитационный вспомогательным.

При этом во всех организациях вспомогательными процессами выступают: процесс питания, транспортировки, приема и размещения пациентов, а также бухгалтерского обслуживания. Процессный подход предоставляет МО явные преимущества: во-первых, – это возможности использования корпоративных правил и выверенных, четко прописанных процессов, включенных в автоматизированные информационно-аналитические медицинские системы; во-вторых, – это перспективы внедрения таких процессно-ориентированных методологий совершенствования, как реинжиниринг бизнес-процессов, непрерывное улучшение и всеобщее управление качеством.

Понятие социальной роли

Для организации эффективного взаимодействия сотрудников в коллективе руководитель МО должен иметь представление об амплуа, в которых выступают его подчиненные. Выделяют несколько типов социальных ролей в процессе служебного взаимодействия:

- **координатор** имеет выраженные организаторские способности, руководит, направляет активность коллег на достижение целей;
- **генератор идей**, как наиболее творчески развитый член коллектива, находит способы решения проблем;

- **контролер**, имея знания и опыт, хорош в анализе информации и оценке идей, выборе путей решения задач;
- **интегратор** умеет согласовать решение проблемы с другими задачами;
- **энтузиаст**, как самый энергичный член коллектива, заражает оптимизмом, своим примером побуждает к действиям;
- **искатель выгод** – переговорщик во внешних связях, посредник при разрешении конфликтов разного уровня;
- **исполнитель** нуждается в лидерстве и руководстве, успешно реализует чужие идеи;
- **помощник** – исполнитель вторых ролей, активно сотрудничает и содействует.

Опытный руководитель обязательно выстроит драматургию рабочего процесса таким образом, чтобы как можно более полно были раскрыты профессиональные таланты всех сотрудников. Как показывает практика, в трудовом процессе лишних людей не бывает, бывает неправильно поставленная сцена или фальшиво сыгранная роль.

Команда – разновидность коллектива

Командообразование как неотъемлемая часть предварительной работы по стратегическому управлению МО, а также управлению изменениями в ней является наиболее ответственной работой. Медицинские команды должны формироваться по принципу ролей, по принципу профессиональной компетентности, принципу горизонтального и вертикального разделения труда. Не следует ограничивать участие в командах младшего и среднего медицинского персонала, так как восходящие информационные потоки и коммуникационные взаимодействия низовых звеньев являются важными атрибутами проведения изменений в организации. Временный характер команд обусловлен проектным подходом при решении задач.

Команда характеризуется:

- изменчивостью состава и непостоянством лидеров, при необходимости меняющихся в зависимости от решаемой задачи – в разных проектах разные команды и, соответственно, лидеры;
- полной ответственностью лидера за порученное направление деятельности, выполнением им функций организатора и координатора;

- более высоким интеллектуальным уровнем и социальным статусом участников в сравнении с коллегами, не включенными в состав команды;

- совместным принятием участниками основных решений.

На любых уровнях организационной структуры могут создаваться команды для решения конкретных задач, реализации проектов. Наиболее значимыми и ответственными проблемами занимается команда руководителей организации (в случае МО в ее состав входят главный врач, его заместители, руководители служб и крупных подразделений):

- определяет стратегию развития, создает механизмы ее реализации;

- формирует систему развития и мотивации персонала;

- оптимизирует деятельность МО и улучшает систему управления;

- определяет направления сотрудничества с другими организациями и т. п.

Деятельность в составе команды требует от участника понимания и принятия своей роли, ответственности и вовлеченности. Важную роль свободная коммуникация и доверие. Необходимо учитывать, что, например, для главных врачей и директоров медицинских клиник процесс коммуникации только с внешней средой, как правило, занимает более 30 % рабочего времени.

7.2. Управление медицинской организацией.

Типы организационных структур

С позиций менеджмента организацией является группа физических и юридических лиц, взаимодействующих на основе согласованных экономических и правовых условий при достижении общих целей. В процессе движения к цели организация осуществляет деятельность, преобразуя в конечные результаты доступные ресурсы.

Чаще встречаются организации, имеющие функциональную структуру различного дивизионального строения. Жесткость такой организационной структуры возникает в связи с закрепленностью относительно постоянных границ и связей между подразделениями, устойчивостью входящих в организацию структурных элементов. Гибкие же (адаптивные) организации легко изменяются, реагируя

на факторы внешней и внутренней среды, нацелены на инновации и творчество. Эта адаптивность является следствием незначительной регламентации процессов, развитыми внутренними коммуникациями, обстановкой поощрения личной инициативы и предприимчивости. Со временем доля адаптивных организаций в экономике растет. В зависимости от степени децентрализации и принципов построения внутренних коммуникаций можно выделить разновидности адаптивных организационных структур: программно-целевые, проектные, матричные, фрагментарные, адхократические. Для МО характерны линейно-функциональные структуры, плоские и простые по своей организации. Это обусловлено тем, что производственные задачи, которые решают МО, относятся к повторяющимся и типовым. Безусловно, встречаются и организации, построенные по матричному и дивизиональному типу.

Цели организации

Под целью обычно понимается состояние субъекта, на достижение которого ориентирована его деятельность и процесс управления. Все, что способствует движению к цели, является средствами.

Как правило, цели провозглашаются руководством в качестве деловых установок и задачи либо подразумеваются в ценностях и принципах организации. Цели МО являются специфичными по сравнению с целями любой другой организации. В них заложено основное противоречие, которое, с одной стороны, предполагает получение прибыли, а с другой стороны, – предполагает этическое отношение к пациенту, благодаря которому врач должен вылечить больного с наименьшими экономическими затратами. Во времена функционирования командно-административной системы такой дилеммы не было. В условиях рыночных отношений этот вопрос обнажает социальную проблему. Бюджетное планирование деятельности государственных учреждений здравоохранения не предполагает их бездефицитного финансирования. Поэтому все больше пациентов обращается к услугам частных МО. Здесь, по нашему мнению, значительную роль должны играть страховые компании и общественные организации медицинского сообщества, не допускающие гипердиагностики и гиперлечения больных.

Управление по целям применяется в организациях, внедривших процессы согласования целей от уровня работника до руководителя организации. Каждый член коллектива устанавливает свои цели по согласованию со своим непосредственным руководителем. На следующем шаге в формате документа создается декларация, содержащая индивидуальные цели работника, позволяющие внести достаточный вклад в достижение целей на более высоком иерархическом уровне. Фактически имеет место декомпозиция (распределение) целей организации в целом на нисходящие уровни руководства и исполнения. Т.е. если организация поставила цель, например, дополнительно произвести 1 млн ед. продукции в год, то каждая ед. из этого млн должна войти в декларацию соответствующего исполнителя. Таким образом, если все работники достигнут индивидуальных целей, то и организация в целом произведет запланированный млн ед. продукции. С другой стороны, если какой-то исполнитель не справится и не обеспечит необходимый объем производства, то по декларациям и составленным конкретным планам действий будет легко установить проблемное рабочее место и подразделение.

После составления детальных планов действий по конкретным целям с уточнением сроков, ресурсов, ответственности может происходить общее обсуждение планов и деклараций на соответствующих уровнях организации. Ход исполнения планов контролируется с помощью планов-графиков на определенных, позволяющих своевременно реагировать на отклонения, временных отрезках. Детальная оцифровка достижений работников, подразделений и организации в целом дает возможность обсуждения текущих и итоговых результатов деятельности, служит основой для материального стимулирования. После завершения отчетного периода запускается новый цикл планирования и исполнения, в котором реализуются не только производственные планы, но и мероприятия по улучшению процессов и развитию работников.

Управление по целям наряду с очевидными достоинствами имеет ряд недостатков, проявляющихся при неправильном, неадекватном применении подхода. Так, создание формальных деклараций может оказаться слишком трудоемким и стрессирующим процессом, планы могут быть перегружены показателями, сами показатели могут отбираться неверно. В итоге, система может быть настроена не на достижение

общих целей, а на решение поверхностных проблем, или возникнет путаница в большом числе показателей, отставание в обработке больших объемов данных.

Управление по целям в бюджетной МО, скорее всего, не получится, так как для государственного учреждения установлен определенный перечень критериев, измеряющих его эффективность. Создание дублирующей системы оценки эффективности – довольно громоздкая и трудоемкая задача. А вот для частной МО управление по целям – это довольно эффективный инструмент. Важным моментом здесь является формулирование корректных целей. Например, цели экономической эффективности необходимо согласовывать с целями удовлетворенности пациентов лечебно-диагностическим процессом.

7.3. Управление проектами

Под **проектом** понимают временное объединение ресурсов для создания уникального продукта, решения проблемы, т.е. у любого проекта есть дата начала и дата завершения в момент достижения поставленной цели либо завершения сроков, отведенных на его реализацию.

Управление проектами – это методология планирования, организации, координации использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов современными методами и технологиями управления для достижения целевых результатов в натуральных, стоимостных, временных и качественных показателях.

Объектами управления являются проекты и портфели проектов.

Субъектами управления являются руководители проекта, а также команда проекта.

Группы процессов при управлении проектом.

1. Инициирование проекта.
2. Планирование.
3. Исполнение.
4. Мониторинг и контроль.
5. Завершение.

Процессы инициации проекта.

1. Разработка паспорта (устава) проекта.
2. Предварительное общее описание содержания.

Процессы планирования проекта:

1. Подготовка плана управления проектом.
2. Планирование наполнения содержания проекта.
3. Определение содержания проекта.
4. Разработка структуры работ.
5. Определение состава операций.
6. Определение взаимосвязей операций.
7. Оценка ресурсов, необходимых для операций.
8. Прогнозирование длительности операций.
9. Подготовка расписания.
10. Оценка стоимости.
11. Разработка бюджета проекта.
12. Планирование качества.
13. Расчет потребности в человеческих ресурсах.
14. Планирование коммуникаций.
15. Планирование мероприятий по управлению рисками.
16. Определение рисков.
17. Качественный анализ рисков.
18. Количественный анализ рисков.
19. Планирование реагирования на риски.
20. Планирование закупок.
21. Планирование договорной работы.

Процессы исполнения проекта:

1. Управление исполнением проекта.
2. Обеспечение качества.
3. Формирование команды проекта.
4. Развитие команды проекта.
5. Организация доступа к информации.
6. Запрос информации у поставщиков.
7. Выбор поставщиков.

Процессы мониторинга и управления проектом:

1. Мониторинг работ по проекту.
2. Общее управление изменениями.
3. Подтверждение содержания.
4. Управление содержанием.
5. Управление расписанием.
6. Управление стоимостью проекта.

7. Контроль качества.
8. Управление командой проекта.
9. Отчетность по исполнению проекта.
10. Управление участниками проекта.
11. Управление рисками.
12. Администрирование контрактов.

Завершающие процессы по проекту:

1. Закрытие проекта.
2. Закрытие контрактов.

В МО получила распространение практика реализации проектов по улучшениям деятельности (бережливых проектов). Внедрение технологий бережливого производства существенно повышает эффективность работы МО, способствует устранению системных проблем операционного менеджмента, в конечном итоге повышает качество МП и удовлетворенность пациентов.

Бережливое производство – подход к управлению процессами в организации, обеспечивающий повышение качества за счет сокращения потерь. Бережливое производство (Lean) охватывает все аспекты деятельности организации, его принципы были разработаны на японских предприятиях в 1980-х годах и направлены на устранение или сокращение действий, не добавляющих ценность производимому продукту (потерь). На сегодняшний день бережливое производство является и философией, и практическим инструментарием.

Бережливое производство выделяет **7 видов потерь**:

1. *Транспортировка* готовой продукции и незавершенного производства не прибавляет ценности продукту, ее необходимо оптимизировать по времени и расстоянию. Каждое перемещение повышает риски и затраты.
2. *Запасы* – чем их больше на складе и в производстве, тем больше заморожено денежных средств.
3. *Движения* (лишние) работников и оборудования увеличивают потери времени.
4. *Ожидание* – продукты в очереди на обработку также увеличивают стоимость без увеличения ценности.
5. *Перепроизводство* – нереализованная продукция требует затрат на ее создание, хранение, учет и пр.
6. *Технология*, когда производство не способно удовлетворить требования конечного потребителя к продукции.

7. *Дефекты* – каждый случай дефекта, брака ведет к лишним затратам времени и денег.

Отдельные инструменты бережливого производства

Just in Time – производство продукции в нужном количестве в нужное время.

Кайдзен – непрерывное улучшение качества.

Андон – визуальная система обратной связи, останавливающая производство в случае возникновения проблем.

Канбан – регулирование потоков товаров и материалов, сокращающее потери, связанные с запасами и перепроизводством.

Стандартизация работы – элемент подхода кайдзен по документированию процессов.

Рока-Йоке – моделирование ошибок и их предупреждения.

Инструменты контроля качества – гистограмма, диаграмма Парето, диаграмма разброса, диаграмма Исикавы и др.

Инструменты управления качеством – диаграмма сродства, диаграмма связей, древовидная диаграмма, матричная диаграмма и др..

Инструменты анализа и проектирования качества – домик качества, метод «5 почему» и др.

Сочетание применения многих методов приводит к более существенным результатам.

Современное понимание эффективной МО невозможно без использования в ее работе методов бережливого производства.

Контрольные вопросы

1. Что такое менеджмент?
2. Дайте определение понятию «менеджмент в здравоохранении».
3. Какие основные функции менеджмент?
4. Какие существуют подходы к управлению организацией?
5. Какие бывают типы организационных структур?
6. Назовите принципы планирования организации
7. Что такое проектное управление?
8. Какие существуют группы процессов проектирования?
9. Дайте определение бережливого производства.
10. Назовите потери, которые выделяет система бережливого производства.
11. Назовите инструменты бережливого производства.

Глава 8. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

8.1. Предпринимательская деятельность в здравоохранении, ее виды и организационно-правовые формы

Здравоохранение – это профессиональная, общественная, и социальная функция медицины. В настоящее время, даже в странах с социально ориентированной экономикой, здравоохранение активно вовлекается в систему товарно-денежных (рыночных) отношений. При сохранении мирового тренда на участие государств в финансировании своих систем здравоохранения (обеспечение части затрат за счет бюджета) все большая часть денежных поступлений, обеспечивающих функционирование медицинских учреждений, поступает через системы обязательного и добровольного медицинского страхования. Различные формы и системы обязательного и добровольного медицинского страхования, реализованные и внедряемые странами на государственном уровне – пример функционирования МО на рыночных основах.

В Российской Федерации в здравоохранении до настоящего времени существует двухканальная система финансирования. Государство, являясь собственником значительной части МО, через органы управления здравоохранением (министерства и комитеты здравоохранения регионального уровня) осуществляет руководство и планирование их деятельности. Несмотря на то, что по факту, ОМС в России также является государственной системой финансирования системы (договорные отношения между страховщиком и МО, цены

на медицинские услуги, взносы работодателей и работников регулируются государством), внедрение этого механизма финансирования здравоохранения позволяет привлекать для оказания МП населению МО, не принадлежащие государству. В действующем федеральном законодательстве (Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») урегулированы вопросы участия в реализации программы госгарантий медицинских организаций любой формы собственности (в том числе и негосударственного сектора). Однако, в связи с тем, что тарифы в системе ОМС не отражают их реальных затрат на медицинское обслуживание пациентов, партнерство государственных учреждений здравоохранения и частных медицинских клиник развивается медленно. В 2007 году медицинскую помощь по ОМС оказывали 2,2 % частных МО, в 2017 году – 30 %, а к 2020 году их число достигло лишь 36 %. Существует несколько проблем, препятствующих расширению участия негосударственных организаций в ОМС. Специалисты государственных медицинских учреждений высоко оценивают риск их вытеснения из сферы ОМС, что может привести к снижению гарантий бесплатности помощи для населения. Кроме этого, существует ряд барьеров для добросовестной конкуренции на рынке медицинских услуг. Одним из примеров эффективного участия частных МО в оказании медицинской помощи гражданам РФ является возможность получения гражданами РФ ВТМП, вне базовой программы ОМС, в частной организации за счет средств ФФОМС (п. 1 постановления Правительства РФ от 29 января 2019 г. № 56).

Предпринимательство или предпринимательская деятельность – инициативная самостоятельная деятельность граждан и их объединений, имеющих государственную регистрацию в качестве юридического лица или предпринимателя без образования юридического лица, с целью получения прибыли. Для здравоохранения характерно социально ориентированное предпринимательство, которое часто связано с некоммерческой деятельностью.

В процессе предпринимательской деятельности в здравоохранении осуществляется производство медицинских товаров, работ и услуг с целью коррекции состояния здоровья граждан.

Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации запрещено.

К предпринимательству в здравоохранении относится *производственное, страховое, торговое, финансовое и посредническое предпринимательство* (рис. 7).

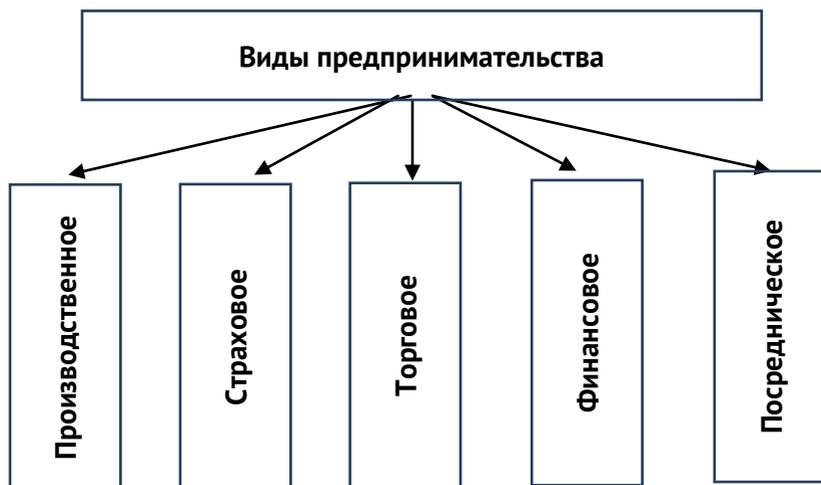


Рис. 7. Виды предпринимательства в здравоохранении

Производственное предпринимательство – оказание медицинских услуг, изготовление оборудования, инструментов, лекарств.

Страховое предпринимательство. В Российской Федерации в здравоохранении страхуются риски, связанные со здоровьем (ОМС, ДМС), имуществом МО, а также профессиональные риски и ответственность медиков.

Торговое предпринимательство – продажа медицинских товаров.

Финансовое предпринимательство – кредитование МО.

Посредническое предпринимательство – предоставление маркетинговых услуг.

В государственных больницах и поликлиниках предпринимательство легализирует платные медицинские услуги.

В случае использования наемного труда при оказании медицинских услуг организационная структура, осуществляющая их производство, является предприятием. Если при оказании медицинских услуг не используется наемный труд – это индивидуальная трудовая деятельность.

Медицинское предпринимательство включено в систему общественного разделения труда и направлено на обеспечение потребностей населения РФ в качественной МП. Оно предполагает эффективное использование имеющихся ресурсов на основе инновационной деятельности.

8.2. Специфика предпринимательства в здравоохранении

Предпринимательство в здравоохранении относится к социально ориентированной деятельности. Социальное предпринимательство, не отрицая получения прибыли в результате осуществления хозяйственной деятельности, направлено на решение социальных проблем. Как и во многих других отраслях социальной сферы, возможности предпринимательства в здравоохранении существенно ограничены в связи с тем, что критерии эффективности частной МО не всегда соответствуют критериям его общественной эффективности. Предпринимательские МО деформируют общественные приоритеты, так как их основной целью является получение прибыли.

Некоммерческий сектор в здравоохранении является основным поставщиком медицинских услуг населению. В настоящее время наиболее распространенная практика предпринимательской деятельности учреждений здравоохранения государственной формы собственности, преобладающих в системе здравоохранения нашей страны, – оказание платных медицинских услуг в специально создаваемых отделениях. Возможна организация некоммерческих МО, которые работают по договорам с органами местного самоуправления, самостоятельно определяют основные параметры своей деятельности. Принцип доступности медицинских услуг для населения в них сочетается с экономическими интересами предпринимателя. Такой тренд в развитии предпринимательства в здравоохранении не означает коммерциализации отрасли. Он позволяет не только активизировать решение актуальных проблем повышения доступности и качества полного спектра медицинских услуг для населения, но и снижает финансовую нагрузку на государственную систему здравоохранения. В нашей стране развитие предпринимательства в сфере здравоохранения связано с формированием определенных условий: созданием нормативно-правовой базы, проведением реформы в данной сфере,

повышением платежеспособности населения, желающего получить высококачественное медицинское обслуживание.

8.3. Платные медицинские услуги и особенности организации их оказания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации

В соответствии с Конституцией Российской Федерации МП в государственных и муниципальных МО оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (ст. 41 п. 1). Бесплатно МП оказывается населению в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», ежегодно утверждаемой Правительством РФ. Граждане РФ имеют право на МП в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы, а также на получение платных медицинских и иных услуг, в том числе в соответствии с договором ДМС. Таким образом, в настоящее время в нашей стране действуют два экономических варианта оказания гражданам медицинской помощи: бесплатно (за счет средств бюджетов всех уровней и ОМС) и за плату.

Предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется на основании заключенных с гражданами или организациями договоров на их оказание (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; Федеральный закон от 07.02.1992 № 2300-1; Гражданский кодекс РФ, «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденные Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006).

Под платными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. Таким образом, к платным медицинским услугам относятся любые медицинские услуги, оказываемые МО, за исключением услуг, предоставляемых в рамках ОМС. Платные медицинские услуги предоставляются МО на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности. Платные медицинские услуги могут

оказываться государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. По экспертным оценкам в настоящее время платные медицинские услуги, оказываемые гражданам по их желанию, составляют около 30 % всего объема МП.

Потребитель – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Заказчик – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

Исполнитель – МО, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям. Понятие «медицинская организация» употребляется в значении «юридическое лицо» независимо от организационно-правовой формы, т.е. к МО приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания МП по различным медицинским профилям, утвержденные Минздравом России. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме того или иного стандарта медицинской помощи, утвержденного Минздравом России, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

МО обязаны предоставить потребителю достоверную информацию по вопросам оказания платных медицинских услуг.

Возможность получения платных медицинских услуг, появляется у пациента после заключения письменного договора между заказчиком (юридическим или физическим лицом) и МО. Договор оформляется в двух экземплярах: один хранится в медицинской организации (исполнитель), второй – получает заказчик/потребитель медицинской услуги.

В договоре указываются:

- *порядок расчетов, цена договора;*
- *условия и сроки получения медицинских услуг пациентом;*
- *права и обязанности сторон;*
- *ответственность потребителя услуг и МО.*

Государственные и муниципальные МО, предоставляющие населению МП в рамках реализации программ государственных гарантий, имеют право оказывать четко определенный перечень платных медицинских услуг.

К этим услугам относятся:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения за пациентом при его лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- медицинские услуги, предоставляемые анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации (лечение от алкоголизма и наркомании);

- медицинские услуги, оказываемые гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- медицинские услуги, оказываемые при самостоятельном обращении граждан за получением медицинских услуг, за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме (это не относится к случаям, когда гражданин самостоятельно осуществляет выбор врача и медицинской организации в рамках программ государственных гарантий, то есть медицинская организация имеет право оказывать гражданину платные медицинские услуги, если он, осуществив в установленном порядке выбор конкретной медицинской организации для получения бесплатных услуг, обращается за услугами в другую организацию (если речь не идет о медицинской помощи в неотложной и экстренной форме).

МО могут оказывать за плату не только медицинские, но и дополнительные – немедицинские услуги, например, размещение в палате повышенной комфортности; транспортные услуги; дополнительное питание.

Пациенты имеют право отказаться от заключения договора на оказание платных медицинских услуг, предлагаемых государственными и муниципальными МО и получить медицинскую помощь надлежащего качества и в полном объеме в рамках системы ОМС согласно действующим программам государственных гарантий.

Контрольные вопросы

1. Дайте общее определение предпринимательства (предпринимательской деятельности).
2. Что такое предпринимательство в здравоохранении?
3. Перечислите виды предпринимательства в здравоохранении.
4. Что является торговым предпринимательством в здравоохранении?
5. Что является финансовым предпринимательством в здравоохранении?
6. Страхование предпринимательство в здравоохранении – что это?
7. Что такое посредническое предпринимательство в здравоохранении?
8. Что такое социальное предпринимательство?
9. Какими нормативно-правовыми актами регулируется предпринимательство в здравоохранении?
10. Может ли оказывать платные медицинские услуги государственное учреждение здравоохранения?
11. Какие это услуги?
12. Может ли вести медицинскую деятельность индивидуальный предприниматель?

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. URL: <https://docs.cntd.ru/document/564065547> (дата обращения: 19.08.2021).

2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640: [ред. от 24.07.2021]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/556183184> (дата обращения: 15.08.2021).

3. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 15.08.2021).

4. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/60708> (дата обращения: 15.08.2021).

5. Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н (ред. от 03.09.2021) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 г. № 801н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения».

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 октября 1992 г. № 785 «О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе Единой тарифной сетки».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 октября 1999 г. № 377 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения».

9. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. 2190-р «О Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг.».

11. Декрет Совета Народных Комиссаров от 18 октября 1918 г. № 815 «Об оплате труда служащих и рабочих Советских учреждений».

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2014 г. № 696н «Об утверждении Положения об оплате труда работников федеральных казенных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блинов, С. В.* Бизнес-планирование в деятельности учреждения здравоохранения / С. В. Блинов, В. Ю. Блинова. – Текст : непосредственный // Вопросы экономики и права. – 2018. – № 117. – С. 67–73.

2. *Бовыкин, В. Н.* Новый менеджмент. Управление предприятием на уровне мировых стандартов / В. Н. Бовыкин. – Москва : Экономика, 1997. – 487 с. – Текст : непосредственный.

3. Введение «эффективного контракта» в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения [Утверждено постановлением Президиума ЦК профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2014 года № 18-12]. Методическое пособие. – Москва. – Текст : электронный. – URL: http://przspb.ru/wp-content/uploads/2012/02/eff_kontrakt.pdf (дата обращения: 15.07.2022).

4. *Воронцова, М. М.* Калькуляция себестоимости услуги в медицинском учреждении / М. М. Воронцова, О. И. Юдин. – Текст : электронный // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – № 11 (ноябрь). – С. 66–70. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/15388.htm>.

5. Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместные усилия по построению более здорового мира. Политическая декларация ООН. Резолюция Генеральной Ассамблеи 74/2 от 23.09.2019 г. – Текст : электронный. – URL: <https://undocs.org/ru/A/R/S/74/2> (дата обращения: 12.08.2021).

6. *Гадаборшев, М. И.* Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи : монография / М. И. Гадаборшев, М. М. Левкевич, Н. В. Рудлицкая. – Москва : ИНФРА-М, 2021. – 424 с. – Текст : непосредственный.

7. *Гадаборшев, М. И.* Формирование системы ключевых показателей для оценки эффективности и результативности деятельности медицинских организаций / М. И. Гадаборшев, С. М. Цыганкова. – Текст : электронный // Журнал сибирских медицинских наук. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-sistemy-klyuchevykh-pokazateley-dlya-otsenki-effektivnosti-i-rezultativnosti-deyatelnosti-meditsinskih-organizatsiy>.

8. *Девятаева, Н. В.* Развитие системы экономических взглядов на оплату труда / Н. В. Девятаева, О. В. Княжева – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – № 4. – С. 213–218.

9. *Ильсова, А. Р.* Основы экономики здравоохранения : учебное пособие / А. Р. Ильсова. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2019. – 86 с. – Текст : непосредственный

10. *Имаи, М.* Гемба кайдзен: Путь к снижению затрат и повышению качества / Масааки Имаи ; пер. с англ. Д. Савченко. – Москва : ЗАО «Бизнеком», 2010. – 360 с. – Текст : непосредственный.

11. *Кадыров, Ф. Н.* Платные услуги в здравоохранении. Т. 2 / Ф. Н. Кадыров ; под ред. В. И. Стародубова. – Москва : ИД «Менеджер здравоохранения», 2017. – 266 с. – Текст : непосредственный.

12. *Кадыров, Ф. Н.* Стимулирующие системы оплаты труда в рамках введения эффективного контракта / Ф. Н. Кадыров ; под ред. В. И. Стародубова. – Москва : ИД «Менеджер здравоохранения», 2014. – 360 с. – Текст : непосредственный.

13. *Кадыров, Ф. Н.* Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф. Н. Кадыров. – Москва : ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. – 458 с. – Текст : непосредственный.

14. *Касиев, Н. К.* Планирование и прогнозирование в системе здравоохранения / Н. К. Касиев, Г. К. Канатбекова. – Текст : электронный // Бюллетень науки и практики. – 2020. – № 5. – С. 195–202. – Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/312708> (дата обращения: 06.10.2021).

15. *Клюня, В. Л.* История экономических учений : курс лекций / В. Л. Клюня, А. В. Черновалов, Ж. В. Черновалова. – Минск : БГУ, 2016. – 358 с. – Текст : непосредственный.

16. *Колесникова, С. С.* Планирование в здравоохранении – «лекарство от рынка»? / С. С. Колесникова. – Текст : непосредственный // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2017. – № 5 (96). – С. 114–117.

17. *Крестинский, Ю. А.* Роль государства в здравоохранении / Ю. А. Крестинский ; Институт развития общественного здравоохранения. – 2013. – URL: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/5-krestinskiy.pdf>

18. *Михалкина, Е. В.* Трансформация концепции формирования заработной платы: от простого вознаграждения за труд до эффективных моделей стимулирования труда / Е. В. Михалкина, Е. С. Скачкова – Текст : непосредственный // Terra Economicus. – 2012. – Т. 10, № 4. – С. 5–9.

19. *Морозова, Т. Д.* Экономика здравоохранения : учебное пособие / Т. Д. Морозова, Е. А. Юрьева, Е. В. Таптыгина. – Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. – 280 с. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/131462> (дата обращения: 05.10.2021).

20. *Мохов, А. А.* Медицинская деятельность – вид социального предпринимательства / А. А. Мохов. – Текст : непосредственный // Медицинское право. – 2016. – № 1. – С. 6.

21. Национальные системы охраны общественного здоровья: экспертный обзор / под ред. Е. И. Аксеновой. – Москва : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 48 с. – Текст : электронный. – URL: <https://niiz.ru/dc/Nacinalinye-sistemy-ohrany-obshchestvennogo-zdrviya.pdf> (дата обращения: 13.08.2021).

22. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Опыт региона: проблемы, решения / В. В. Шкарин, С. В. Симаков, В. В. Ивашева [и др.] – Текст : непосредственный // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 7-8. – С. 20–26. – doi: 10.26347/1607-2502202007-08020-026

23. *Оленев, А. С.* Методические подходы к формированию цен на медицинские услуги / А. С. Оленев, Н. Ю. Стасевич. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 2 (60). – С. 12.

24. Основы «бережливого производства» в медицине : учебно-методическое пособие к практическим занятиям по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» / Т. С. Дьяченко, Е. Г. Попова, А. Н. Цапков, К. А. Попова. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2019. – 48 с. – Текст : непосредственный.

25. Основы экономики здравоохранения : учебное пособие / сост.: Г. М. Гайдаров, Н. С. Апханова ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск : ИГМУ, 2016. – 51 с. – Текст : электронный. – URL: https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/7eeb9bb8_ekonomika_zo.pdf

26. Оценка эффективности территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи / В. И. Стародубов, В. О. Флек, О. В. Обухова [и др.]. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 4–15.

27. *Панов, А. В.* Актуальные вопросы ценообразования в медицинских организациях на современном этапе развития здравоохранения / А. В. Панов, Т. Ю. Быковская – Текст : непосредственный // Ростовский научный журнал. – 2019. – № 3. – С. 327–334.

28. *Перхов, В. И.* Оценка эффективности здравоохранения в субъектах Российской Федерации с использованием методологии Bloomberg / В. И. Перхов, О. В. Куделина, А. А. Третьяков. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 6–13.

29. *Положенцева, Ю. С.* Анализ эффективности системы здравоохранения: основные тенденции развития и перспективы модернизации / Ю. С. Положенцева, Н. С. Муштенко, А. Д. Хомутинникова. – Текст : непосредственный // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 123–139.

30. Проектное управления в медицинском вузе: *per aspera ad astra* / О. С. Кобякова, Н. А. Табакаев, И. А. Деев [и др.]. – Текст : электронный // Университетское управление: практика и анализ. – 2018. – № 22 (2). – С. 56–63. – <https://doi.org/10.15826/umpra.2018.02.016>

31. *Пушная, Д. В.* Планирование в сфере здравоохранения / Д. В. Пушная, Л. Н. Булгакова. – Текст : непосредственный // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2016. – № 4 (86). – С. 17.

32. *Райченко, А. В.* Общий менеджмент : учебник / А. В. Райченко. – Москва : ИНФРА-М, 2005. – 384 с. – Текст : непосредственный.

33. *Решетников, А. В.* Экономика и управление в здравоохранении : учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общ. ред. А. В. Решетникова. – Москва : Издательство «Юрайт», 2016. – 303 с. – Серия : Специалист. – Текст : непосредственный.

34. *Семенова, И. И.* История менеджмента : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по экономическим специальностям / И. И. Семенова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ЮНИТИ-ДИАНА, 2009. – 199 с. – Текст : непосредственный.

35. *Сергеева, Н. М.* Особенности бизнес-планирования в здравоохранении / Н. М. Сергеева. – Текст : электронный // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – № 3 (36). – URL: http://www.innov.ru/science/economy/osobennosti-biznesplirovaniya-v-?goto_desktop=true (дата обращения: 23.08.2021).

36. *Солодовников, Ю. Л.* Экономика и управление в здравоохранении : учебное пособие для СПО / Ю. Л. Солодовников. – 6-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2021. – 312 с. – ISBN 978-5-8114-7205-5. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/156384> (дата обращения: 05.10.2021).

37. *Сооляттэ, А. Ю.* Управление проектами в компании: методология, технологии, практика : учебник / А. Ю. Сооляттэ; Московский финансово-промышленный университет «Синергия». – 2012. – 816 с. – Текст : непосредственный.

38. *Сошникова, А. И.* Модель мотивации Ф. Герцберга как один из инструментов управления человеческой деятельностью в профессиональной сфере / А. И. Сошникова, А. А. Александров. – Текст : непосредственный // Гуманитарный вестник. – 2019. – №1. – С. 1–9.

39. *Улумбекова, Г. Э.* Здравоохранение РФ. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019 – 2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 416 с. – Текст : непосредственный.

40. *Улумбекова, Г. Э.* Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2017 г.) / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн. – Текст : непосредственный // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – № 1. – С. 4–12. – doi: 10.24411/2411-8621-2019-11001

41. *Шилова, Ю. И.* Особенности ценообразования платных медицинских услуг // Научные исследования: теория, методика и практика / Ю. И. Шилова. – Текст : непосредственный // Материалы IV Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 29 янв. 2018 г.) / редкол.: О. Н. Широков [и др.] – Чебоксары : ЦНС «Интерактив плюс», 2018. – С. 423-424. – ISBN 978-5-6040732-1-6. doi:10.21661/r-468434

42. *Шипунов, Д. А.* Основы управления медицинской организацией : учебно-методическое пособие / Д. А. Шипунов, В. В. Шкарин, Н. П. Багметов ; Министерство здравоохранения Российской Федерации ; Волгоградский государственный медицинский университет ; кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2018. – 48 с. – Текст : непосредственный.

43. Экономическая теория : учебник / В. В. Багинова, Т. Г. Бродская, В. В. Громыко [и др.] ; под общ. ред. проф. А. И. Добрынина, Г. П. Журавлевой. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2020. – 747 с. – (Высшее образование: Бакалавриат). – ISBN 978-5-16-004056-1. – Текст : электронный. – URL: <https://znanium.com/catalog/product/1043942> (дата обращения: 04.08.2022). – Режим доступа: по подписке.

44. Эффективность системы здравоохранения как фактор устойчивого социально-экономического развития регионов / под науч. ред. д. э. н. Н. В. Кривенко. – Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2020. – 235 с. – Текст : непосредственный.

45. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков политики / под редакцией Jonathan Cylus, Irene Papanicolas Peter C. Smith ; Всемирная организация здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Серия 46. Политика здравоохранения. 2018. – Текст : электронный – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332110> (дата обращения: 13.08.2021).

http://lib.mdpu.org.ua/load/menedj/Menedjment_R_V_Vesnina.pdf

<https://docs.cntd.ru/document/560498624>

<https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=53>

https://www.kpms.ru/General_info/Lean_Production.htm

<https://www.vedomosti.ru/business/articles/2015/11/10/616116-farmkompanii-tratyat-milliardi-dollarov-razrabotku-lekarstv-dlya-lecheniya-redkih-zabolevanii>

Учебное издание

Аджиенко Всеволод Леонидович,
Попова Екатерина Георгиевна,
Девляшова Олеся Федоровна и др.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Корректура и компьютерная верстка *Е. Е. Тарakanовой*
Дизайн обложки *С. Е. Акимовой*

Директор Издательства ВолгГМУ *И. В. Казимирова*

Подписано в печать 11.08.2022 г. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 4,76. Тираж 34 экз. Заказ № 199.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.