

ЗАНЯТИЕ № 1

Основы финансирования здравоохранения

Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Основы финансирования здравоохранения

Общие положения

Стало признанным, что здоровье – категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то, что не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. Вместе с тем на сохранение, укрепление, восстановление здоровья государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Нельзя согласиться и с тем, что здравоохранение традиционно относят к непродовольственным отраслям, к сфере услуг нематериального характера. В нем сочетаются товарно-материальная и духовно-информационная деятельность. В этом смысле здравоохранение можно называть «отраслью сохранения и производства здоровья», в которой используется большой арсенал медицинских, экономических методов и средств.

Экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность – производство и реализацию медицинских товаров и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Рынок медицинских товаров и услуг – сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие **основные понятия рынка**:

- **спрос;**
- **предложение;**
- **услуга;**
- **цена;**
- **конкуренция;**
- **маркетинг.**

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

Различают следующие **виды спроса** на рынке медицинских товаров и услуг:

- **Отрицательный спрос:** на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, бо-



лезненные, дорогостоящие процедуры и др.

- **Скрытый спрос:** отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.
- **Падающий спрос:** например, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многократного использования, гипотензивные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты.
- **Нерегулярный спрос** обусловлен сезонными временными колебаниями, например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
- **Чрезмерный спрос:** чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Предложение – количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и оказываемых работниками, имеющими высшее или среднее медицинское образование;

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения. Медицинская услуга может быть простой и комплексной. Под **простой медицинской услугой** понимается неделимая услуга, например, диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прейскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются:

- неосвязаемость;
- несохраняемость;
- вариабельность качества;
- неоднозначность в оценке результата;

- *медицинская услуга – это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).*

Неосвязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

Несохраняемость. В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс ее производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Нельзя, например, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, вначале накопить, а затем мгновенно «выбросить» их со склада на рынок.

Вариабельность качества. Медицина — это творческий процесс, который отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью профессионального подхода к пациенту, а в итоге, порой, непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией. Поэтому в диагностическом и прогностическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит, прежде всего, от квалификации медицинского работника, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Неоднозначность в оценке результата. Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом — это отрицательный социальный эффект.

Медицинская услуга – это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента). Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

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

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой.

С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия:

- *цена спроса;*
- *цена предложения;*
- *цена равновесия.*

Цена спроса – такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя. По этой цене «покупатель» способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения – рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца. Это цена, по которой «продавец» предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая **цена равновесия**. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

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

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения **конкурентными участниками** могут быть:

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

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Конкурентные преимущества – уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

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

Менеджмент – рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов. Другими словами, ме-



неджмент – это вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач.

Управление – это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

Общие положения финансирования

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

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

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

Источники финансирования здравоохранения

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая – **бесплатная**, за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая – **платная**, за счет средств граждан, предприятий и других источников.

Основные источники финансирования:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства ОМС;
- средства государственных внебюджетных фондов и целевых бюджетных фондов;
- средства ДМС;
- доходы организаций от предпринимательской деятельности;
- добровольные взносы и пожертвования
- и другие не запрещенные законом поступления

В соответствии с новым законом о совершенствовании правового положения и реформе финансирования государственных и муниципальных учреждений все государственные и муниципальные учреждения разделены на три типа: казенные, автономные, бюджетные.

Казенные учреждения - государственные (муниципальные) учреждения нового типа, которые будут перечислять все доходы, полученные от приносящей доход деятельности, в бюджет. При этом казенное учреждение будет отвечать по своим обязательствам только находящимися в его распоряжении денежными средствами, полученными в рамках сметного финансирования. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества.

Перечень казенных учреждений будет ограничен.

В их число войдут:

- разнообразные военные ведомства,
- следственные изоляторы,
- исправительные учреждения,
- психиатрические больницы,
- лепрозории
- и т.д.

Новые **бюджетные учреждения** будут финансироваться на основе государственного задания (госзаказа) в форме субсидии, а заключать крупные сделки смогут только с согласия учредителя (государства или региональной власти, муниципалитета). Бюджетное учреждение не будет иметь права открывать счета вне казначейской системы. Закон также лишает бюджетные учреждения права распоряжения недвижимым или особо ценным движимым имуществом, закрепленным за учреждением, а также тем имуществом, которое было приобретено за счет средств, выделенных учредителем на покупку такого имущества. 0

К новым бюджетным учреждениям будут отнесены медицинские учреждения, школы, музеи, театры и другие государственные (муниципальные) учреждения.

Бюджетное учреждение не может быть подвергнуто банкротству, но при накоплении долгов его руководитель может быть уволен.

Автономное учреждение - это новый тип муниципального учреждения, обладающего большей финансово-хозяйственной самостоятельностью и большой степенью ответственности за результаты своей деятельности. Оно избавляется от необходимости отчитываться перед государством по заработанным средствам, а также получает право распоряжаться всем своим имуществом, за исключением особо ценного. При этом государство избавляется от ответственности за такое учреждение.

Большинство организаций здравоохранения являются **бюджетными учреждениями**, то есть государственными (муниципальными) учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенностью большинства бюджетных организаций здравоохранения является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (РФ, субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных фондов (Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования РФ, Пенсионного фонда РФ).

Важным источником финансирования здравоохранения являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС).

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

В настоящее время за счет средств социального страхования оплачивается санаторно-курортное лечение участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медицинская реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, санаторно-курортное лечение детей, долечивание больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, операции по поводу аортокоронарного шунтирования и других заболеваний, в специализированных санаториях (отделениях). С 2006 года из средств Фонда социального страхования финансируются родовые сертификаты, являющиеся источником дополнительного финансирования акушерской службы, а также углубленные медицинские осмотры работников промышленных предприятий, связанных с вредными условиями труда.

Наряду с ассигнованиями, выделяемыми из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов, бюджетные учреждения здравоохранения имеют дополнительные источники доходов (внебюджетные средства), которые они получают от разных предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Привлечение этих источников, как правило, является инициативным делом руководителя организации здравоохранения.

Согласно действующему законодательству в финансово-хозяйственной деятельности бюджетных организаций здравоохранения выделяют четыре *вида внебюджетных средств*:

1. **Средства от оказания платных услуг** - основной источник внебюджетных средств бюджетных организаций, включает доходы, получаемые от производства и реализации медицинских товаров и платных медицинских услуг. По этим средствам составляется смета доходов и расходов, которая подписывается руководителем и главным бухгалтером бюджетной организации здравоохранения.
2. **Депозитные** - денежные средства, поступающие во временное хранение бюджетным учреждениям с обязательством возврата по требованию владельца. К ним относятся залоги (при проведении аукционов), денежные средства больных, находящихся на стационарном лечении в больничных учреждениях, заработная плата работников, находящихся в командировке и т.д.
3. **Безвозмездные поступления от физических и юридических лиц, от международных организаций и правительств иностранных государств, в том числе добровольные пожертвования** – к ним относятся денежные средства, получаемые бюджетными учреждениями от предприятий, учреждений и организаций. Например, суммы благотворительной помощи, добровольные пожертвования, стоимость имущества, безвозмездно переданного учреждениям здравоохранения и др.
4. **Средства от иной приносящей доход деятельности** - денежные средства, не входящие в предыдущие группы (плата за больничное общежитие, пансионат, оплата за сервисные услуги, не относящиеся к платным медицинским услугам и др.).

В отношении этих видов внебюджетных средств права руководителей бюджетных учреждений ограничены. Так, распорядители бюджетных кредитов не имеют права даже временно использовать денежные средства из депозитов на текущие потребности своего учреждения. Депозитные средства возвращаются по первому требованию владельца.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать платные услуги населению при наличии лицензии. При этом медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых населению платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) требованиям федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

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

Предоставление платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или копию соответствующего документа, подтверждающие прием наличных денег.

Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), вправе требовать предоставления информации о наличии лицензии, сертификатов специалистов, методики расчета стоимости оказанной услуги и др.

Финансовый контроль в здравоохранении

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

Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения.

Важнейшей задачей финансового контроля является реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

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

Предварительный контроль, например, на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, территориальным фондом ОМС.

Текущий и последующий контроль в процессе реализации Программы осуществляется:

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования также принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения субъекта РФ.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатываются и утверждаются совместные планы-графики.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и в случае их невыполнения направлять материалы проверок в исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности для приостановления или отзыва лицензии организации здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;
- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в организациях здравоохранения;
- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

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

- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

Таким образом, обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством для оплаты оказываемой населению медицинской помощи.

Тематические задачи по основам финансирования здравоохранения:

Раздел 1. Определение тарифов на восстановительное лечение в медицинских учреждениях стационарного типа, в объеме Территориальной программы ОМС, в зависимости от длительности лечения.

При проведении экономического анализа затрат медицинских учреждений на лечение больных используют не наименование нозологических форм в соответствии с МКБ-10, а название клинико-экономических стандартов (КЭС).

Средняя длительность лечения по каждому КЭС, а также число баллов сложности лечения соответствующих одному койко-дню, устанавливаются экспертной комиссией на основании анализа первичной медицинской документации за базисный период (3-5) лет и подлежат периодическому пересмотру.

Общее количество баллов, характеризующее определенный КЭС получают путем умножения числа баллов сложности лечения соответствующих 1 койко-дню на среднюю длительность лечения (К/Д в баллах × ср. длительность лечения = общее количество баллов).

Алгоритм решения задач:

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 25 дней, 15 больных – 32 дня и 10 больных – 40 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 490,79; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-35 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

1. **Определение средней длительности лечения (Ср.дл.л.) при данном КЭС.**
2. **Определение одного дня лечения в баллах (Д.Б.) = Общее количество баллов / Ср.дл.л..**
3. **Расчет тарифа (в руб.) на 1 больного в зависимости от длительности его лечения (Д.Б. × Дл.л. × Ст.б.).**
4. **Определение суммы тарифов для всех больных.**

Пример расчета:

1) $Ср.дл.л. = (25+35)/2=30$ дней

2) $Д.Б. = 490,79/30=16,36$

3) **Расчет тарифа на 1 больного:**

$16,4 \times 25 \times 36,0 = 14760$

$16,4 \times 32 \times 36,0 = 18892,8$

$16,4 \times 40 \times 36,0 = 23616$

4) **Сумма тарифов для всех больных:**

$(14760 \times 5) + (18892,8 \times 15) + (23616 \times 10) = 593352$

ВЫВОД: Сумма тарифов, затраченная на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС составила 593352 рубля.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 25 дней, 15 больных – 32 дня и 10 больных – 40 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 490,79; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-35 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 2

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 36 больных с КЭС – гипертоническая болезнь. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 20 дней, 23 больных – 25 дней и 5 больных – 30 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 629,70; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 22-28 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 3

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 40 больных с КЭС – хронические болезни толстого кишечника. Обоснованная продолжительность лечения 10 больных составила по 26 дней, 25 больных – 28 дней и 5 больных – 34 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 513,65; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 28-32 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 4

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 25 больных с КЭС – распространенные остеохондрозы позвоночника, в т.ч. с радикулопатиями. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 30 дней, 10 больных – 38 дней и 7 больных – 42 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 1117,8; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 39-41 дню; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 5

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 28 больных с КЭС – острые нарушения мозгового кровообращения (ранний восстановительный период). Обоснованная продолжительность лечения 6 больных составила по 32 дня, 12 больных – 35 дней и 10 больных – 37 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 476,74; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 33-37 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 6

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 38 больных с КЭС – отдаленные последствия травм и заболеваний нервной системы. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 36 дней, 16 больных – 38 дней и 14 больных – 42 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 704,07; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 37-43 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 7

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС – пневмония, затяжн. течение, в ст. разрешения (после 18-го дня от начала лечения). Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 20 дней, 15 больных – 23 дня и 10 больных – 24 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 477,68; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 22-26 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 8

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 20 больных с КЭС – бронхиальная астма ДН I-II ст. (после 19-го дня от начала остр. периода). Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 24 дня, 12 больных – 26 дней и 3 больных – 28 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 573,64; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 24-28 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 9

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 35 больных с КЭС – грыжи межпозвонковых дисков. Обоснованная продолжительность лечения 10 больных составила по 26 дней, 12 больных – 30 дней и 13 больных – 35 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 573,74; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 33-37 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 10

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 24 больных детей с КЭС – заболевания и последствия травм верхних и нижних конечностей. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 26 дней, 10 больных – 29 дней и 6 больных – 30 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 449,7; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 26-30 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 11

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 20 больных детей с КЭС – врожденные и приобретенные деформации позвоночника и грудной клетки. Обоснованная продолжительность лечения 6 больных составила по 25 дней, 12 больных – 28 дней и 2 больных – 31 день. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 400,83; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 27-29 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 12

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 15 больных детей с КЭС – дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 27 дней, 7 больных – 30 дней и 3 больных – 32 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 409,32; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-31 дню; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Раздел 2. Экономический анализ использования коечного фонда ЛПУ

Задача для разбора

В районной больнице на 250 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 520000 руб. в год, при средней занятости койки в 320 дней;

- плановая занятость койки – 340 дней;

- оборот койки фактически – 20.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Алгоритм расчета:

1. Рассчитать фактическую стоимость содержания больничной койки.

Стоимость содержания больничной койки в год (Ск)

$$\text{Ск} = \frac{\text{Сумма расходов}}{\text{Число коек}}$$

$$\text{Ск (фактическая)} = 520000/250 = 2080 \text{ руб.}$$

2. Рассчитать фактическую стоимость одного койко-дня.

Стоимость одного койко-дня (Ск/д)

$$\text{Ск/д} = \frac{\text{Сумма расходов}}{\text{Число коек} \times \text{длительность работы койки в год}}$$

или

$$\text{Ск/д} = \frac{\text{Ск}}{\text{Длительность работы койки}}$$

$$\text{Ск/д (фактическая)} = 520000/250 \times 320 = 6,5 \text{ руб.}$$

$$\text{или} = 2080/320 = 6,5 \text{ руб.}$$

3. Рассчитать фактическую стоимость лечения одного больного (для данного действия необходимо определить длительность лечения больного используя «оборот койки»).

$$\text{Длительность лечения} = \frac{\text{Число дней работы койки в году}}{\text{Оборот койки}}$$

Стоимость содержания одного больного за время его пребывания в стационаре (Сл – стоимость лечения)

$$\text{Сл} = \text{Ск/д} \times \text{длительность лечения больного}$$

$$\text{Длительность лечения (фактическая)} = 320/20 = 16 \text{ дней.}$$

Сл (фактическая) = 6,5x16 = 104 руб.

4. Рассчитать экономические потери в результате простоя коек за год.

Экономические потери от простоя коек в лечебных учреждениях

$$П = \left(\frac{Рф}{КДФ} - \frac{Рф}{КДп} \right) \times КДФ$$

П – экономические потери за год (руб.);

Рф – фактические расходы на содержание больничных коек в год;

КДФ – фактическое число проведенных койко-дней;

КДп – плановое число койко-дней.

$$П = (520000/320 - 520000/340) \times 320 = (1625 - 1529) \times 320 = 30720 \text{ руб.}$$

Экономические потери в результате простоя коек за год составили 30720 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В районной больнице на 100 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 280600 руб. в год, при средней занятости койки в 250 дней;

- плановая занятость койки – 290 дней;

- оборот койки фактически – 17.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.

2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 2

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 810000 руб. в год, при средней занятости койки в 330 дней;

- плановая занятость койки – 340 дней;

- оборот койки фактически – 22.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.

2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 3

В районной больнице на 600 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 1680000 руб. в год, при средней занятости койки в 340 дней;

- плановая занятость койки – 350 дней;

- оборот койки фактически – 18,5.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.

2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 4

В районной больнице на 500 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 900000 руб. в год, при средней занятости койки в 290 дней;
- плановая занятость койки – 310 дней;
- оборот койки фактически – 22.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 5

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 840000 руб. в год, при средней занятости койки в 300 дней;
- плановая занятость койки – 320 дней;
- оборот койки фактически – 24.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 6

В районной больнице на 100 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 280400 руб. в год, при средней занятости койки в 250 дней;
- плановая занятость койки – 290 дней;
- оборот койки фактически – 19.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 7

В районной больнице на 250 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 522000 руб. в год, при средней занятости койки в 310 дней;
- плановая занятость койки – 340 дней;
- оборот койки фактически – 24.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 8

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 840000 руб. в год, при средней занятости койки в 320 дней;
- плановая занятость койки – 360 дней;
- оборот койки фактически – 20.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 9

В районной больнице на 200 койк:

- фактические расходы денежных средств составили 590000 руб. в год, при средней занятости койки в 330 дней;
- плановая занятость койки – 340 дней;
- оборот койки фактически – 18,5.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя койк.

Задача № 10

В районной больнице на 350 койк:

- фактические расходы денежных средств составили 1092000 руб. в год, при средней занятости койки в 380 дней;
- плановая занятость койки – 390 дней;
- оборот койки фактически – 27.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя койк.

Задача № 11

В районной больнице на 550 койк:

- фактические расходы денежных средств составили 1830000 руб. в год, при средней занятости койки в 450 дней;
- плановая занятость койки – 400 дней;
- оборот койки фактически – 20.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя койк.

Задача № 12

В районной больнице на 600 койк:

- фактические расходы денежных средств составили 1780000 руб. в год, при средней занятости койки в 340 дней;
- плановая занятость койки – 360 дней;
- оборот койки фактически – 19.

Рассчитать:

1. Фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя койк.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятия «экономика здравоохранения». Какие основные вопросы она решает?
2. Дайте определение рынка медицинских товаров и услуг, раскройте основные понятия рынка.
3. Раскройте содержание понятия «спрос» и «предложение». Какие бывают виды «спроса», как они взаимосвязаны с «предложением»?
4. Что такое медицинская услуга? Перечислите и раскройте виды и специфические особенно-

сти медицинских услуг?

5. Раскройте содержание понятия «цена». Что такое цена спроса, цена предложения, цена равновесия?
6. Дайте определение понятия «конкуренция». Перечислите основные конкурентные преимущества медицинских организаций на рынке медицинских товаров и услуг?
7. Дайте определение «менеджмент» и «управление».
8. Раскройте понятия «финансовая система» и «финансирование»? Перечислите основные источники финансирования здравоохранения.
9. Какова роль Фонда социального страхования в финансировании системы здравоохранения?
10. Какие, согласно законодательству, выделяют виды внебюджетных средств?
11. Каков порядок оказания гражданам платных медицинских услуг?
12. Что такое финансовый контроль в здравоохранении, в каких видах он осуществляется? Какие органы и организации проводят финансовый контроль в здравоохранении?

ЗАНЯТИЕ № 2

Научные основы планирования и прогнозирования в общественном здоровье и здравоохранении

Общие положения

Отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития в целом и, прежде всего, здравоохранения.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена следующими обстоятельствами: общественным характером производственных отношений и неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно в кризисных ситуациях.

При этом не надо забывать о двух крайностях в воздействии государства на экономику: первое – государственное регулирование тех экономических процессов, которые более эффективно могут управляться рыночными механизмами, второе – полагаться исключительно на рыночные механизмы в тех случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Прогнозирование тесно связано с планированием и является необходимой методологической и информационной основой для разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как стратегического направления в управлении и экономике здравоохранения позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, переходом здравоохранения на систему бюджетирования, ориентированного на результат.

Прогнозирование по своей сути означает предвидение и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз.

Гипотеза – научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

Прогноз – комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогноз, по сравнению с гипотезой, более определен и достоверен, имеет качественные и количественные параметры. В то же время прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. Поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

Поскольку прогноз строится на вероятностном развитии событий, то он может иметь несколько сценариев: оптимистический, пессимистический, реалистический. Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, имеет системный характер и учитывает факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Прогнозы в здравоохранении могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, специализированных служб;

- прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб, они между собой взаимосвязаны. На их основе должен разрабатываться прогноз развития системы здравоохранения в целом, который, в свою очередь, должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В Российской Федерации прогнозы социально-экономического развития разрабатываются на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы. В здравоохранении в зависимости от поставленных задач выделяют следующие формы прогнозов:

- оперативные (текущие);
- краткосрочные (годовые);
- перспективные (среднесрочные – 3-5-летние и долгосрочные – 10 лет и более).

В здравоохранении прогнозирование является важнейшей функцией управления, так как ценой ошибок в принятии управленческого решения может быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

Планирование в здравоохранении

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Принципы планирования в здравоохранении

На современном этапе основными принципами планирования в здравоохранении являются:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Системный подход. Сущность его состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и, одновременно, как элемент более общей системы. Системный подход в управлении здравоохранением – это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

Сочетание отраслевого и территориального планирования. Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив, прежде всего, таких отраслей как культура, образование, наука, санитарно-

эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, сельское хозяйство, строительство и др. Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Выделение приоритетных направлений. Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения Российской Федерации.

Директивность планов. Принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможность внесения в него необходимых корректив и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее Программа), на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные Программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатываются муниципальные задания.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения. Принцип реализуется, прежде всего, в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге, все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающего в различных регионах Российской Федерации, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Новгородской области будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время, условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковы.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного. Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны, в первую очередь, предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, – в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления: федеральном и субъекта Российской Федерации.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения Российской Федерации;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов Российской Федерации;
- федеральные целевые медико-социальные программы.

Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации. Задачей органов управления здравоохранением субъектов РФ является разработка стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 и более лет. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

- анализ и прогноз состояния здоровья населения субъекта РФ на расчетный период;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на расчетный период;
- расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения субъекта РФ;
- разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения субъекта РФ;
- определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
- разработка и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3-5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Методы планирования в здравоохранении

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяют следующие три метода: аналитический; нормативный; балансовый.

Аналитический метод – планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений (показатели медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидности, физического здоровья, показатели обеспеченности кадрами, объемов амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, нагрузки медицинского персонала, качества медицинской помощи и др.).

Аналитический метод используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода рассчитываются необходимые объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами, нагрузка медицинского персонала и др.

За основу норматива при определении потребности населения во всех видах амбулаторно-поликлинической помощи берут плановое число посещений поликлиники на одного жителя в год.

Чтобы рассчитать необходимое число врачей для амбулаторно-поликлинической помощи используют формулу:

$$B = \frac{L \times H}{\Phi}$$

где: В – необходимое число врачей; Л – норматив посещений на 1 человека в год; Н – общая численность населения.

$$\Phi = A \times B \times \Gamma,$$

где Φ – функция врачебной должности врача, ведущего только амбулаторный прием в поликлинике; А – нагрузка врача на 1 час работы; В – число часов работы врача в день; Γ – число рабочих дней в году.

Для врачей, ведущих амбулаторный прием в поликлинике и обслуживающих вызовы на дом, функция врачебной должности рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi = [(A \times B) + (C \times D)] \times \Gamma,$$

где А – нагрузка на 1 час приема врача в поликлинике; В – число часов работы врача на приеме в поликлинике; С – нагрузка врача на 1 час обслуживания пациентов на дому; Д – число часов работы врача по обслуживанию пациентов на дому; Γ – число рабочих дней в году.

Аналитический метод расчета необходимого числа врачей для амбулаторно-поликлинической помощи населению применяется для перспективного планирования амбулаторно-поликлинических учреждений для территории, на которой известно общее количество населения (детей и взрослого населения вместе), которое будет там проживать. После заселения данной территории поликлиники проводят точную перепись приписанного населения и, исходя из штатных нормативов медицинского персонала нормативным методом, определяется необходимое число ставок врачей.

При планировании стационарной помощи сначала формируется сеть больничных учреждений, а затем рассчитываются кадры. За основу норматива при определении потребности населения в стационарной помощи аналитическим методом принято брать уровень госпитализации на 1000 жителей.

Потребность населения в стационарной помощи в целом и по отдельным специальностям определяется по формуле И.И. Розенфельда:

$$K = \frac{N \times P \times \Pi}{D \times 1000}$$

где: К – необходимое число коек; Н – численность населения; Р – уровень госпитализации; П – среднее число дней пребывания больного на койке; Д – среднее число дней работы койки в году.

В зависимости от числа специализированных коек в районе формируется сеть стационарных учреждений. На основании действующих штатных нормативов рассчитывается необходимое число должностей различных групп персонала для стационаров.

Нормативный метод используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

Норматив – расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗиСР РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив – это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Классификация нормативов по видам ресурсов:

- *материальные*, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м³ отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- *финансовые*, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (расход финансовых средств на лекарственные препараты на 1 койко-день, подушевое финансирование, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- *временные*, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

Использование нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

Балансовый метод является одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например, амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);
- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения аналитический, нормативный и балансовый методы, как правило, используют вместе, дополняя один другим.

Планирование и расходование финансовых средств организациями здравоохранения

Планирование потребности в финансовых средствах организаций здравоохранения осуществляется на основании составляемых *смет*. Первоначально сметы составляются на уровне конкретной организации здравоохранения, затем разрабатываются сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составная часть проекта соответствующего бюджета.

В основу построения индивидуальных смет расходов организации здравоохранения закладываются статистические нормативные показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данной организации, в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Расходование финансовых средств организациями здравоохранения производится на основании бюджетных смет.

Бюджетная смета – документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета соответствующего уровня лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях. Существуют общие требования к порядку составления, утверждения и ведения бюджетной сметы бюджетного учреждения, которая утверждается главным распорядителем средств бюджета (Министром здравоохранения и социального развития РФ, руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ, главным врачом учреждения здравоохранения).

Смета бюджетополучателя (подведомственного учреждения) составляется на основании разработанных и установленных главным распорядителем средств бюджета на соответствующий финансовый год расчетных показателей, характеризующих деятельность учреждения и доведенных лимитов бюджетных обязательств. К представленной на утверждение смете прилагаются обоснования (расчеты) плановых сметных показателей, использованных при формировании сметы.

На основе представленных смет учреждений здравоохранения, главным распорядителем бюджетных средств составляется сводная бюджетная роспись в разрезе распорядителей и получателей. На основании бюджетной росписи и лимитов бюджетных обязательств формируется кассовый план по расходам бюджета, под которым понимается прогноз кассовых поступлений в бюджет и кассовых выплат из бюджета в текущем финансовом году. Он представляется как документ с поквартальной детализацией.

В бюджетных учреждениях здравоохранения предусматриваются следующие виды расходов:

- заработная плата;
- командировочные расходы;
- расходы на материальное обеспечение учреждений;
- расходы на медикаменты и расходные материалы;
- расходы на питание пациентов;
- расходы на приобретение оборудования;
- затраты на капитальный и текущий ремонт зданий и сооружений;
- расходы на содержание имущества;
- оплата коммунальных услуг, электроэнергии и др.

Ранее в бюджетной классификации финансирование и расходы учреждений осуществлялись по одному разделу «Здравоохранение». С 1 января 2008 г. расходы осуществляются по подразделам: «Стационарная медицинская помощь», «Амбулаторная помощь», «Скорая медицинская помощь» и т.д.

Оплата труда в здравоохранении

Оплата труда – главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем

денежной выплаты в виде заработной платы. При этом, одна из вечных проблем – в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

Две главные составляющие, которые определяют размер заработной платы работников здравоохранения: первая – форма оплаты труда, вторая – общая сумма денежных средств, которыми располагает организация здравоохранения для оплаты труда своих работников. Каждая организация здравоохранения ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует фонд оплаты труда, исходя из имеющихся в наличии и планируемых денежных поступлений с учетом налоговых отчислений.

Финансовые средства организаций здравоохранения распределяются на две составляющие: фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды, средства, направляемые на содержание и развитие организаций здравоохранения. В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями организации здравоохранения, а в рамках подразделений – между сотрудниками с учетом квалификационных групп и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

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

На первом этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала. Причем, здесь возможно два подхода: первый – в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, второй – исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике, как правило, встречается сочетание того и другого подходов.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливаются в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы. На основании штатного расписания составляются тарификационные списки должностей работников, которые являются основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать Номенклатуре специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, которая утверждается МЗиСР РФ.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющим порядок оплаты соответствующих должностей.

Основными формами оплаты труда медицинских работников являются:

- повременная;
- сдельная;
- контрактная.

При **повременных формах** оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще – за месяц).

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, который измеряется объемом выполненной работы.

Однако в здравоохранении трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. К тому же, если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, выполненных каждым работником, либо исчислять

сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ).

Контрактная форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма является наиболее прогрессивной.

С 1 декабря 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволит отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения (на основе Единой тарифной сетки) и учитывать специфику медицинского труда. Эта система оплаты труда предусматривает следующие составляющие, которые должны учитываться при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый должностной оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) – минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Профессиональная квалификационная группа устанавливается в соответствии с методическими рекомендациями органа управления здравоохранением.

Компенсационные выплаты – доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению).

Стимулирующие выплаты – доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

Механизмом реализации этой системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником организации здравоохранения.

Тематические задачи по научным основам планирования и прогнозирования в общественном здоровье и здравоохранении

Методика расчета планирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи

На территории будут проживать 490 000 населения. Норматив посещения к врачу-педиатру 3,2 посещения в год, к врачу-терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру-гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 196 000 детей. Число женщин фертильного возраста 165 000 человек. Число рабочих дней в году - 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней.

I. Используя нормативный и аналитический методы рассчитайте:

1. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи для детского населения:

- а. число участковых врачей-педиатров;
- б. число участков, отделений;
- в. число участковых педиатрических медицинских сестер.

Аналитический метод:

Необходимое число врачей:

$$\Phi_n = [(5 \times 2) + (2 \times 4)] \times 250 = 4500$$

$$B_n = 3,2 \times 490000 / 4500 = 348,44 \text{ ставки врача-педиатра.}$$

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно, 348 педиатрических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно, $348 / 10 = 35$ педиатрических отделений.

Число участковых педиатрических медицинских сестер:

На 1 ставку врача-педиатра требуется 1 ставка участковой педиатрической медицинской сестры, следовательно, $348 \times 1 = 348$ ставки участковых педиатрических медицинских сестер.

Нормативный метод:

На 10000 детского населения от 0 до 18 лет требуется 12,5 ставок врачей-педиатров, на 196000 детского населения – X.

$$X = 12,5 \times 196000 / 10000 = 245 \text{ ставок врачей-педиатров.}$$

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно, 245 педиатрических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно, $245 / 10 = 25$ педиатрических отделений.

Число участковых педиатрических медицинских сестер:

На 1 ставку врача-педиатра требуется 1 ставка участковой педиатрической медицинской сестры, следовательно, $245 \times 1 = 245$ ставки участковых педиатрических медицинских сестер.

2. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи для взрослого населения:

- а) число участковых врачей;
- б) число участков, отделений;
- в) число участковых медсестер.

Аналитический метод:

Необходимое число врачей:

$$\Phi_m = [(5 \times 4) + (2 \times 2)] \times 250 = 6000$$

$$B_m = 2,5 \times 490000 / 6000 = 204,17 \text{ ставки врача-терапевта.}$$

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно, 204 терапевтических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно, $204 / 10 = 20$ терапевтических отделений.

Число участковых терапевтических медицинских сестер:

На 1 ставку врача-терапевта требуется 1 ставка участковой терапевтической медицинской сестры, следовательно, $204 \times 1 = 204$ ставки участковых терапевтических медицинских сестер.

Нормативный метод:

На 10000 населения от 18 лет и старше требуется 5,9 ставок врачей-терапевтов, на 294000 населения – X.

$X = 5,9 \times 294000 / 10000 = 173,46$ ставок врачей-терапевтов.

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно 173 терапевтических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно $173 / 10 = 17$ терапевтических отделений.

Число участковых терапевтических медицинских сестер:

На 1 ставку врача-терапевта требуется 1 ставка участковой терапевтической медицинской сестры, следовательно, $173 \times 1 = 173$ ставки участковых терапевтических медицинских сестер.

3. Потребность в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи:

- а. число врачей акушеров-гинекологов в женской консультации;
- б. число участков, отделений;
- в. число акушерок.

Аналитический метод:

Необходимое число врачей:

$Ф_{а/г} = [(5 \times 4) + (1,25 \times 0,5)] \times 250 = 5156,25$

$В_{а/г} = 0,7 \times 490000 / 5156,25 = 66,5$ ставки врача акушеров-гинекологов.

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно, 67 акушерско-гинекологических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно, $67 / 10 = 7$ акушерско-гинекологических отделений.

Число акушерок:

На 1 ставку врача акушера-гинеколога приходится 1 ставка акушерки, следовательно, $66,5 \times 1 = 66,5$ ставки акушерок.

Нормативный метод:

На 2200 женщин фертильного возраста требуется 1 ставка акушера-гинеколога, на 165000 женщин фертильного возраста – X.

$X = 1 \times 165000 / 2200 = 75$ ставок акушеров-гинекологов.

Число участков:

1 врач = 1 участок, следовательно, 75 акушерско-гинекологических участков.

Число отделений:

1 отделение = 10 участков, следовательно, $75/10 = 8$ акушерско-гинекологических отделений.

Число акушерок:

На 1 ставку акушера-гинеколога приходится 1 ставка акушерки, следовательно, $75 \times 1 = 75$ ставок акушерок.

II. Потребность в терапевтических, педиатрических и акушерско-гинекологических койках.

Аналитический метод:

Расчет потребности в коечном фонде производится по формуле И.И.Розенфельда:

$$K = N \times P \times \Pi / Д \times 1000,$$

где K – необходимое число коек;

N – численность населения;

P – уровень госпитализации;

Π – среднее число дней пребывания больного на койке;

$Д$ – среднее число дней работы койки в году.

$$K_n = 490000 \times 44 \times 12,6 / 320 \times 1000 = 849 \text{ педиатрических коек.}$$

$$K_t = 490000 \times 39,5 \times 18,4 / 340 \times 1000 = 1047 \text{ терапевтических коек.}$$

$$K_{a/g} = 490000 \times 20 \times 10 / 300 \times 1000 = 327 \text{ акушерско-гинекологических коек.}$$

Нормативный метод:

1. На 1000 населения требуется 2 педиатрические койки, на 490000 населения – X .
 $X = 490000 \times 2 / 1000 = 980$ педиатрических коек.

2. На 1000 населения требуется 3 терапевтические койки, на 490000 населения – X .
 $X = 490000 \times 3 / 1000 = 1470$ терапевтических коек.

3. На 1000 населения требуется 1,8 акушерско-гинекологических койки, на 490000 населения – X .
 $X = 490000 \times 1,8 / 1000 = 882$ акушерско-гинекологических коек.

III. Нормативным методом рассчитать количество терапевтических и педиатрических стационаров.

Педиатрический стационар I категории состоит из 500 коек.

Терапевтический стационар I категории состоит из 800 коек.

Педиатрических стационаров = $980 / 500 = 2$ стационара.

Терапевтических стационаров = $1470 / 800 = 2$ стационара.

IV. Составить штатное расписание на педиатрическое отделение на 30 коек при 3-х степенной системе обслуживания.

<i>Должность</i>	<i>Ставки при 3-х степенной системе обслуживания</i>
<i>Заведующий отделением</i>	<i>1</i>
<i>Врачи-ординаторы</i>	<i>1 врач на 15 коек</i>
<i>Старшая медицинская сестра</i>	<i>1</i>
<i>Медицинская сестра палатная</i>	<i>3,5 ставок на 15 коек</i>
<i>Медицинская сестра процедурной</i>	<i>1 на 15 коек</i>
<i>Младшая медицинская сестра по уходу за больными</i>	<i>9,5 ставок на 15 коек</i>
<i>Санитарка-буфетчица</i>	<i>2 на отделение</i>
<i>Сестра-хозяйка</i>	<i>1 на отделение</i>
<i>Санитарка-ваннищица</i>	<i>1 на отделение</i>
<i>Санитарка-уборщица</i>	<i>2 на отделение</i>
<i>Врач дневного стационара</i>	<i>1 на 10 коек</i>
<i>Медицинская сестра дневного стационара</i>	<i>1 на 10 коек</i>
<i>Младшая медицинская сестра дневного стационара</i>	<i>1 на отделение</i>

* рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала педиатрического отделения не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения

Задачи для самостоятельного решения

Задание:

I. Используя нормативный и аналитический методы рассчитайте:

1. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи для детского населения:

- число участковых врачей-педиатров;
- число участков, отделений;
- число участковых педиатрических медицинских сестер.

2. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи для взрослого населения:

- число участковых врачей;
- число участков, отделений;
- число участковых медсестер.

3. Потребность в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи:

- число врачей акушер-гинекологов в женской консультации;
- число участков, отделений;
- число акушерок.

II. Потребность в терапевтических, педиатрических и акушерско-гинекологических койках.

III. Нормативным методом рассчитать количество терапевтических и педиатрических стационаров.

IV. Составить штатное расписание лечебного отделения 3-х степенной системе обслуживания.

Задача № 1

На территории будут проживать 700 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 231 000 детей. Число женщин фертильного возраста 210 000 человек. Число рабочих дней в году - 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 70.

Задача № 2

На территории будут проживать 900 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 297 000 детей. Число женщин фертильного возраста 310 000 человек. Число рабочих дней в год 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 65.

Задача № 3

На территории будут проживать 450 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 148 000 детей. Число женщин фертильного возраста 151 000 человек. Число рабочих дней в год 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 50.

Задача № 4

На территории будут проживать 500 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 165 000 детей. Число женщин фертильного возраста 173 500 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 65.

Задача № 5

На территории будут проживать 502 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 166 000 детей. Число женщин фертильного возраста 181 200 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6

дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 65.

Задача № 6

На территории будут проживать 630 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 205 000 детей. Число женщин фертильного возраста 215 000 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 75.

Задача № 7

На территории будут проживать 612 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 201 000 детей. Число женщин фертильного возраста 211 200 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 70.

Задача № 8

На территории будут проживать 777 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 256 000 детей. Число женщин фертильного возраста 230 500 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 80.

Задача № 9

На территории будут проживать 813 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 268 000 детей. Число женщин фертильного возраста 291 720 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 75.

Задача № 10

На территории будут проживать 450 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 147 000 детей. Число женщин фертильного возраста 155 110 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 80.

Задача № 11

На территории будут проживать 380 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 125 000 детей. Число женщин фертильного возраста 139 102 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 50.

Задача № 12

На территории будут проживать 480 000 населения. Норматив посещения к врачу – педиатру 3,2 посещения в год, к врачу – терапевту 2,5 посещения в год, к акушеру – гинекологу 0,7 посещений в год. После проведения переписи численности детского населения составила 156 000 детей. Число женщин фертильного возраста 167 189 человек. Число рабочих дней в году 250.

Уровень госпитализации детского населения 44%, взрослого 39,5%, женского 20%. Среднее число дней пребывания на терапевтической койке 18,4 дня, на педиатрической 12,6 дней, на акушерско-гинекологической 10 дней. Среднее число работы койки в год: педиатрической 320 дней, терапевтической 340 дней, акушерско-гинекологической 300 дней. Количество коек в лечебном отделении 45.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение терминам «гипотеза», «прогноз». В чем их отличие? В чем суть прогнозирования?
2. По каким основным направлениям разрабатываются прогнозы в здравоохранении и какие формы прогнозов выделяют?
3. Что такое план и планирование в здравоохранении? Какие виды и уровни планирования вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
4. На каких принципах базируется планирование здравоохранения в Российской Федерации? Раскройте содержание этих принципов.
5. Перечислите методы, используемые в процессе планирования в здравоохранении. Раскройте содержание каждого из них.

6. Что такое норматив? Раскройте виды нормативов по ресурсам, которые используются в здравоохранении.
7. Что такое баланс и какие виды балансов используются в здравоохранении?
8. Что такое бюджетная смета и какие виды расходов она включает?
9. Что такое оплата труда, ее составляющие? Что такое фонд оплаты труда?
10. Какие формы оплаты труда медицинских работников вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
11. В чем особенности новой системы оплаты труда работников здравоохранения?

ЗАНЯТИЕ № 3

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения Эффективность в здравоохранении

Финансовые и материальные ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности.

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

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

Универсальным документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово-хозяйственной деятельности является *бухгалтерский баланс*. Этот документ представляет собой двустороннюю таблицу, в которой левая сторона называется *активом баланса*, правая сторона – *пассивом баланса*.

Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность. Поскольку бухгалтерский баланс содержит информацию о финансовых и материальных ресурсах организации (активы), ее денежных обязательствах, капитале и резервах (пассивы), – в его основу положено основное уравнение бухгалтерского учета:

$$\text{Активы} = \text{Капитал} + \text{Обязательства}$$

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

Из этого следует вывод, что активов в организациях здравоохранения не может быть больше, чем источников, за счет которых они образуются.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения – часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации. Таким образом, активы представляют собой экономический ресурсный потенциал, который прямо или косвенно может быть трансформирован в денежный поток для осуществления финансово-хозяйственной деятельности организации здравоохранения.

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

Одним из важнейших свойств активов организаций здравоохранения является их ликвидность.

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

Оценка ликвидности имеет принципиальное значение для анализа деятельности коммерческой организации здравоохранения, особенно в случаях невыполнения денежных обяза-

тельств, что может быть проявлением ее неплатежеспособности и привести к банкротству. Большую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют основные средства.

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

В здравоохранении к основным средствам относятся: здания, сооружения, оборудование, транспорт, измерительные приборы и устройства, вычислительная техника и другие объекты бухгалтерского учета и отчетности в соответствии с «Общероссийским классификатором основных фондов», со сроком полезного использования более 12 месяцев.

Статистика основных средств включает в себя следующие группы показателей:

- стоимость и состояние основных средств;
- движение основных средств;
- использование основных средств.

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

Балансовая стоимость – стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу.

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

Для оценки физического износа рассчитывают **коэффициент физического износа объекта основных средств** по формуле:

Коэффициент физического износа объекта основных средств	=	$\frac{\text{Фактическое число лет эксплуатации}}{\text{Нормативный срок эксплуатации}}$
--	---	--

Достижение этим показателем значения равного 1 является основанием для принятия решения о прекращении эксплуатации объекта основных средств или проведении его модернизации.

Моральный износ – уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда. Первое обстоятельство приводит, например, к появлению на рынке более современного диагностического оборудования, и это становится фактором снижения полезности действующих диагностических комплексов. Второе – к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующими. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

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

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

Показатели движения основных средств. Принимая участие в процессе производства медицинских товаров и услуг, перенося на них часть своей стоимости, основные средства находятся в постоянном движении: поступают, обновляются, ликвидируются, выбывают, заменяются. Для оценки в динамике этого процесса рассчитывают:

- коэффициент обновления основных средств;
- коэффициент выбытия основных средств.

Коэффициент обновления основных средств характеризует процесс постоянного обновления зданий, сооружений, оборудования, транспорта и других объектов бухгалтерского учета организаций здравоохранения, как обязательного условия повышения качества медицинской помощи.

Коэффициент выбытия основных средств дополняет предыдущий показатель и характеризует своевременность вывода (списание) объектов основных средств из эксплуатации по достижении ими нормативного срока работы.

Показатели использования основных средств. Одним из важнейших разделов статистики основных средств является расчет и анализ показателей их использования. Для характеристики полноты и эффективности использования основных средств в здравоохранении рассчитывают следующие показатели:

- фондоотдача;
- фондоемкость;
- фондовооруженность.

Показатель фондоотдачи применяется для анализа эффективности использования основных средств; соответствует тому, сколько медицинских товаров и услуг (в стоимостном выражении) производится на единицу стоимости основных средств.

Положительная динамика этого показателя свидетельствует об эффективном использовании основных средств организацией здравоохранения.

Показатель фондоемкости является обратным к показателю фондоотдачи и характеризует величину основных средств, необходимую для производства продукции (медицинских товаров и услуг) стоимостью в 1 рубль.

Уменьшение этого показателя в динамике также является свидетельством эффективного использования основных фондов организации здравоохранения.

Показатель фондовооруженности характеризует уровень материально-технического обеспечения медицинского персонала организаций здравоохранения, участвующих в процессе производства медицинских товаров и услуг.

Положительная динамика этого показателя является одним из условий улучшения качества медицинской помощи.

Другую часть материальных и финансовых ресурсов составляют оборотные средства.

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

В здравоохранении к оборотным средствам относятся: готовая продукция, дебиторская задолженность (менее 1 года), ценные бумаги и прочие краткосрочные финансовые вложения, денежные средства на банковских и прочих счетах, товарные запасы лекарственных средств и изделий медицинского назначения, белье и постельные принадлежности, расходы будущих периодов. Использование их осуществляется в рамках одного производственного цикла (лечеб-

ной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение относительно короткого периода времени, не превышающего 12 месяцев.

Для статистического анализа оборотных средств используют коэффициенты:

- оборачиваемость оборотных средств;
- закрепление оборотных средств.

Коэффициент оборачиваемости оборотных средств характеризует скорость оборота ресурсов (раз) за определенный период времени и показывает величину реализованной продукции, приходящуюся на 1 руб. оборотных средств.

Увеличение показателя в динамике – свидетельство о повышении эффективности работы организации здравоохранения; уменьшение – ухудшение ее финансового состояния.

Коэффициент закрепления оборотных средств является обратным предыдущему показателю и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 руб.

Уменьшение значения этого показателя в динамике свидетельствует об улучшении финансового состояния организации здравоохранения.

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

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

Прибыль – экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. В общем виде прибыль исчисляется как разность между валовым (совокупным) доходом и валовыми затратами. В процессе формирования прибыли отражаются все основные составляющие управленческой и экономической деятельности организации: менеджмент, маркетинг, прогнозирование и планирование, ценообразование. Она является собственным источником для расширенного воспроизводства основных и пополнения оборотных средств (капитализация прибыли). Каждая организация стремится к получению максимальной прибыли от реализации продукции. При этом принципиально важно знать, при каком объеме производства (реализации) и цене на продукцию можно получить максимальную величину прибыли.

Поскольку одной из главных составляющих в оценке финансовых результатов организации являются затраты на производство и реализацию продукции, необходимо уточнить структуру и систему их учета.

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

Выделяют:

- переменные затраты;
- постоянные затраты.

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

Постоянные затраты – издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства. К ним относятся: амортизация основных средств, за-

рабочая плата управленческого персонала, налоговые отчисления, платежи во внебюджетные фонды, арендная плата, ставка банковского процента по кредитам и др.

Сумма переменных и постоянных затрат составляет **валовые затраты**.

При увеличении объема производства валовые затраты снижаются за счет неизменности постоянных затрат, что приводит к увеличению прибыльности организации. И наоборот, сокращение объема производства, опять же при неизменности постоянных затрат, ведет к снижению его прибыльности.

Все затраты на производство и реализацию продукции составляют **полную себестоимость продукции**.

В анализе экономической деятельности для оценки финансовых результатов организаций здравоохранения рассчитывают показатели:

- валовая прибыль;
- чистая прибыль.

Показатель валовой (маржинальной) прибыли комплексно отражает финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и характеризует превышение доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Валовая прибыль} = \text{Выручка от реализации медицинских товаров и (или) услуг} - \text{полная себестоимость медицинских товаров и (или) услуг}$$

Показатель чистой прибыли показывает объем прибыли, оставшейся в распоряжении организации здравоохранения, после уплаты налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Чистая прибыль} = \text{Сумма валовой прибыли} - \text{сумма уплаченных налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды}$$

Для эффективно работающих организаций здравоохранения значения этих показателей должны быть положительны и иметь тенденцию к росту.

Организации самостоятельно определяют направления, объемы и характер использования чистой прибыли. Она идет на формирование различных фондов: накопления, развития производства, социального развития, материального поощрения, резервного (рискового) фонда.

Наряду с абсолютными показателями валовой и чистой прибыли в статистике экономической деятельности организаций здравоохранения применяют относительный **показатель общей рентабельности**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Общая рентабельность} = \frac{\text{Сумма валовой прибыли}}{\text{Среднегодовая стоимость основных и оборотных средств}} \times 100$$

Кроме того, рассчитывают **специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)**:

Специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)	=	Чистая прибыль	× 100
		Общий объем выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг	

Рекомендуемое значение этого показателя 15-20%.

Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения

Под понятием «эффективность» в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых, трудовых и информационных затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки эффективности этой отрасли, но и требуют поиска новых путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. В здравоохранении, даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники, можно получить нулевой и даже отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии больного, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается силой воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, в повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и, в итоге, увеличением валового внутреннего продукта.

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. Результаты деятельности здравоохранения, реализации национального проекта «Здоровье», медико-социальных программ анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, между которыми существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Медицинская эффективность характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного – это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др. В данном случае медицинская эффективность характеризуется статистическими *показателями наглядности* (глава 2).

Медицинская эффективность проводимых профилактических мероприятий, в частности, вакцинации детского населения против гриппа, рассчитывают по формуле:

Эффективность вакцинации детского населения против гриппа	=	Число не заболевших гриппом детей, получивших вакцину
		Число вакцинированных детей

Одним из показателей оценки медицинской эффективности работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.) может

быть *показателем доли больных с I-II стадиями злокачественных новообразований*. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО в I-II стадиях к общему числу онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться *показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года*. Эти показатели рассчитывают как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Также в анализе медицинской эффективности важнейшей составляющей является оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается *показателем эффективности диспансеризации*. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Медицинскую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий среди лиц со стойкой нетрудоспособностью (инвалидов) можно оценивать *показателем полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов*. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро МСЭ инвалидов.

Социальная эффективность. Анализ социальной эффективности системы здравоохранения¹ основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой), могут служить *показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи*. Причем, это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является *состояние общественного мнения*, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. В качестве примера приведем фрагмент такой анкеты:

Насколько доступной является для Вас лично качественная и своевременная медицинская помощь?

1. Такая помощь мне вообще недоступна
2. Такая помощь бывает редко доступной.
3. Такая помощь бывает часто доступной.

¹ По материалам доктора социологических наук, профессора Осипова А.М.

4. Такая помощь бывает доступной всегда.
5. Затрудняюсь ответить.

Показатель доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к ее отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. По результатам многолетнего мониторинга медико-социальной ситуации, проводимого в Новгородской области, значение показателя доступности медицинской помощи остается в целом стабильным, но при этом отмечаются различия по ее видам: если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый 9-й взрослый, то о затруднениях в отношении доступности специализированной помощи говорит каждый 3-й взрослый.

Другим существенным индикатором социальной эффективности здравоохранения является *индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях*. Для расчета этого показателя, наряду с обычно доступными для исследователя данными о заболеваемости по обращаемости, используют данные, полученные при проведении стандартизированного (анкетного) опроса.

В стандартизированных опросах пациентов для измерения информированности рекомендуется использование открытого вопроса с неограниченным для респондента количеством вариантов ответа, например:

Сообщите, пожалуйста, об имеющихся у Вас заболеваниях, установленных Вам диагнозах, или каких органов, частей тела касаются эти заболевания.

- 1.
- 2.
- 3.

Как правило, информированность населения об имеющихся заболеваниях (установленных диагнозах) является неполной, что связано отчасти с психологическими особенностями индивидов (памятью, избирательностью восприятия и ценностным отношением к здоровью), но в немалой степени – с социальным качеством информационных процессов и социальных коммуникаций в системе здравоохранения. На практике типичным недостатком таких коммуникаций оказывается то, что медицинские работники не в полном объеме информируют пациентов о состоянии здоровья, сопутствующих рисках или недостаточно мотивируют пациентов относительно правильного поведения при болезни.

Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс информированности населения о заболеваниях} = \frac{\text{Число заболеваний, известных пациентам}}{\text{Число заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения}}$$

Значение этого показателя варьирует от 0 до 1,0 и оказывается существенно разным в социальных (возрастных, поселенческих и профессиональных) группах населения, а также в группах пациентов с теми или иными заболеваниями. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности организаций здравоохранения среди населения.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности здравоохранения является *индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения*. Измерение удовлетворенности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко

применяется в медико-социологических исследованиях, и его результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения.

Измерение общей удовлетворенности деятельностью местной системы здравоохранения также может опираться на методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. Ниже приводится фрагмент анкеты для расчета этого показателя:

Удовлетворены ли Вы в целом тем, как действует местная система здравоохранения?

- а. Да, вполне
- б. Скорее, да.
- в. Затрудняюсь ответить.
- г. Скорее, нет.
- д. Совсем нет.

Обработка этих данных позволяет вскрыть реальный баланс в оценке населением деятельности местной системы здравоохранения. В частности, может быть установлено соотношение позитивных и негативных оценок в разных социальных группах населения и сопутствующие этим оценкам социальные обстоятельства (благополучие, уровень образования, ценностное отношение индивидов к своему здоровью и др.).

Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения рассчитывают по формуле:

Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения	$=$	$a + 3/4 \cdot b + 1/2 \cdot v$
---	-----	---------------------------------

где a – процентная доля ответов «Да, вполне»,

b – процентная доля ответов «Скорее, да»,

v – процентная доля ответов «Затрудняюсь ответить».

Значения индекса варьируют от 0 до 100. По результатам медико-социального мониторинга в Новгородской области этот показатель составил 49,0.

Экономическая эффективность – важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Рассчитывают по формуле:

Экономическая эффективность	$=$	$\frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Затраты}}$
------------------------------------	-----	--

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

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний аспект – эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний – влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Главными критериями здесь должны быть показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная эффективности – человеку сохраняется и продлевается жизнь; в то же время экономическая эффективность будет отрицательной – он может стать инвалидом, лишиться возможности заниматься производственной деятельностью, что повлечет за собой экономический ущерб.

Или другой пример: выздоровление пациента трудоспособного возраста, будет означать уменьшение экономических потерь, связанных с объемом непроезданной и нереализованной продукции в период нахождения его на больничном листе, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время, выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности.

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба

Как было сказано ранее, здравоохранение является «отраслью сохранения и производства здоровья» и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране в целом и на макроэкономические показатели, в частности. Поэтому, говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо, прежде всего, иметь в виду *предотвращенный экономический ущерб* (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

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

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

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, пенсий по инвалидности, обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода других льгот социального характера.

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

для работающего населения (ЗВУТ):

$$У_{зр} = (Д + Б_{л}) \times Т_{р} + З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times Т_{к} ,$$

для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$У_{зн} = З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times Т_{к} , \text{ где}$$

Д – стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день;

Б_л – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

Т_р – длительность лечения в рабочих днях;

З_{апу} – стоимость затрат на 1 посещение в АПУ;

Ч – число посещений в АПУ;

З_{ст} – стоимость затрат на 1 койко-день;

Т_к – длительность лечения в календарных днях.

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

$$Y_{\text{и}} = D \times T_{\text{р}} + (П + С + Л) \times T_{\text{к}}, \text{ где}$$

D – стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день);

$T_{\text{р}}$ – число рабочих дней, потерянных по инвалидности;

$П$ – размер пенсии по инвалидности в день;

$С$ – размер социальных льгот в день;

$Л$ – затраты на медицинское обслуживание инвалида в день;

$T_{\text{к}}$ – число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на одного работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего, с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе и др.

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

$$\text{для мужчин: } Y_{\text{см}} = (60 - V) \times D,$$

$$\text{для женщин: } Y_{\text{сж}} = (55 - V) \times D, \text{ где}$$

V – возраст умершего;

D – среднегодовая стоимость продукции, недопроизведенной в результате преждевременной смертности.

Для определения суммарного экономического ущерба (Y) от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособных возрастах в разрезе отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяются более сложные расчеты, примеры которых рассматриваются на практических занятиях.

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

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

Y_1 – суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий;

Y_2 – суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Экономический анализ деятельности ЛПУ

Существенную роль в обеспечении финансового контроля за деятельностью стационарных учреждений имеет экономический анализ использования их коечного фонда.

Основные направления экономического анализа деятельности ЛПУ

Анализ деятельности ЛПУ проводится по следующим основным направлениям:

- использование основных фондов;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование персонала;
- анализ финансовых расходов.

Использование коечного фонда

Показатели использования коечного фонда делятся на экономические и стоимостные.

А) Экономические показатели

$$\text{Использование пропускной способности стационара} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times 100\%$$

При этом плановое число койко-дней определяется произведением числа коек (среднегодовых) и количества дней работы койки в течение года (по нормативу составляет для большинства профилей коек в городских детских больницах 320 дней).

В оптимальном случае показатель составляет 100%. Если он менее 100%, то больница работает с недогрузкой, если более 100% - с перегрузкой (т.е. появляются незапланированные койки).

$$\text{Средняя длительность работы койки в году} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Основными причинами невыполнения плана могут быть: недостаточное поступление больных (что требует сокращения количества коек, их перепрофилизация), незапланированный простой коек (вследствие экстренной необходимости ремонта и т.д.).

Показатель изменяется синхронно с предыдущим.

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднее число лечившихся в больнице}}$$

Число лечившихся в больнице определяется как полусумма поступивших в нее и выбывших в течение года, т.е.

$$\frac{\text{Число поступивших} + \text{число выписанных} + \text{число умерших}}{2}$$

Данный показатель рассчитывается как в целом по больнице. Так и по разным отделениям, нозологическим формам и зависит от следующих основных факторов: профиля коек, характера и степени тяжести основного заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии, возраста пациентов, характера госпитализации и состояния при поступлении, качества и организации лечебно-диагностического процесса, адекватность лечебных и диагностических мероприятий, интенсивность лечения, применение новых технологий, проведение активного лечения (в выходные и праздничные дни и т.д.).

Имеет большое значение изучение показателя в динамике и сравнение его в однопрофильных отделениях.

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число лечившихся в больнице}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Показатель находится в обратной зависимости от предыдущего и определяется влиянием тех же факторов.

$$\text{Время простоя коек} = \frac{365 \text{ дней} - \text{среднегодовая занятость койки (фактически)}}{\text{Средний оборот койки}}$$

Б) Стоимостные показатели

$$\text{Стоимость содержания одной койки в год} = \frac{\text{Сумма расходов больницы}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

$$\text{Стоимость одного койко-дня} = \frac{\text{Сумма расходов больницы}}{\text{Фактически проведенное число койко-дней}}$$

$$\text{Стоимость содержания одного больного} = \text{Стоимость одного койко-дня} \times \text{средняя длительность пребывания больного на койке}$$

Анализируя значимость данных показателей необходимо отметить следующее, что в настоящее время основными проблемами рационализации использования коечного фонда являются:

1) Его недостаточное использование (когда больница в целом или отдельные отделения, профили работают с недогрузкой). Необходимо отметить, что стоимость содержания незанятой койки составляет 70-75% от стоимости содержания занятой, т.к. большинство расходов (за исключением расходов на питание и медикаменты) сохраняются. В этих условиях необходимо либо перепрофилирование коечного фонда, либо его сокращение.

2) Средняя длительность пребывания больных в стационаре остается достаточно высокой (особенно по сравнению с западными странами). Сокращение этого показателя возможно за счет следующих факторов:

- улучшения работы догоспитального этапа (максимальное обследование больных, преимущественно плановый характер госпитализации, организация работы дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии, развитие служб реабилитации);

- перепрофилирование стационаров с учетом дифференциации по степени интенсивности ухода и лечения;

- сокращения непроизводительных потерь времени в стационаре (четкое планирование и реализация всех видов обследований и консультаций, что оптимально возможно в условиях компьютеризации больницы, отсутствие дублированных исследований, организация работы вспомогательных служб в выходные и праздничные дни; введение механизма материального стимулирования медицинского персонала за сокращение длительности лечения при сохранении его высокого качества).

Необходимо отметить также следующие обстоятельства. При интенсификации использования коечного фонда (т.е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки) стоимость койки увеличивается (за счет дополнительных расходов на питание и медикаменты для больных), стоимость одного койко-дня (и лечения одного больного) сокращается (т.к. эти статьи расходов занимают небольшой удельный вес в их общей структуре); при снижении показателя динамика противоположна.

На стоимостные показатели влияют и такие факторы, как:

- мощность больницы (выше они в маломощных больницах, где лечится небольшое число больных, а хозяйственные расходы велики; снижаются при числе коек 300-400, и вновь возрастают в крупных стационарах, где сосредоточена дорогостоящая техника и работают наиболее высококвалифицированные специалисты);

- профиль коек (в специализированных отделениях стоимостные показатели выше);

- организация работы (в частности, организация экономичного расходования различных ресурсов, рационализация расходов – приобретение оптимальных по цене и качеству продуктов питания, медикаментов и т.д.).

Расчет экономических потерь от простаивающих коек в ЛПУ:

$$\Pi = \frac{\text{Фактические расходы на содержание больничных коек в год}}{\text{Фактическое число проведенных койко-дней}} - \frac{\text{Фактические расходы на содержание больничных коек в год}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times \text{Фактическое число проведенных койко-дней}$$

Тематические задачи по основам экономики здравоохранения:

Раздел 1. Расчет экономической эффективности в результате снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Методика расчета экономической эффективности от сокращения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности

В последнее время во всех странах появилось значительное количество исследований, посвященных изучению эффективности лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на снижение или предупреждение случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), так как потери по временной нетрудоспособности весьма значительны и представляют собой серьезный экономический ущерб.

Используя нижеприведенные формулы, можно рассчитать выгоды предприятия одновременно от снижения уровня заболеваемости с ВУТ и от сокращения ее длительности.

Экономический эффект в результате снижения уровня заболеваемости с ВУТ находится по формуле:

$$\mathcal{E} = (\mathcal{C}_1 - \mathcal{C}_2) \times \mathcal{Y} \quad (1)$$

где:

\mathcal{E} - экономический эффект;

\mathcal{C}_1 - число случаев заболевания до применения медицинской программы;

\mathcal{C}_2 - число случаев заболевания после применения медицинской программы;

\mathcal{Y} - экономический ущерб от заболеваемости с ВУТ.

Экономический ущерб рассчитывается по формуле:

1. Для работающего населения:

$$\mathcal{Y} = (\mathcal{D} + \mathcal{Bл}) \times \mathcal{Tр} + \mathcal{Л} \times \mathcal{Tк} \quad (2)$$

2. Для неработающего населения (в том числе детского):

$$\mathcal{Y} = \mathcal{Л} \times \mathcal{Tк}$$

где:

\mathcal{Y} - экономический ущерб

\mathcal{D} - чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего;

$\mathcal{Bл}$ - среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

$\mathcal{Л}$ - стоимость лечения одного больного за один день;

$\mathcal{Tк}$ - число сэкономленных календарных дней;

$\mathcal{Tр}$ - число сэкономленных рабочих дней (Можно принять, что $\mathcal{Tр} = 0,75 \times \mathcal{Tк}$);

Экономическая эффективность рассчитывается по формуле:

$$\mathcal{ЭЭ} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}} \quad (3)$$

Пример решения типовой задачи:

На предприятии работают 3000 человек. В прошлом году заболеваемость с ВУТ составила 250%. В результате проведенного противорецидивного лечения в диспансерной группе, оздоровительных мероприятий, среди всех рабочих в этом году заболеваемость снизилась до 200%. Затраты на эти мероприятия составили 20000 руб. За один день работы производилось продукции на 50 руб. Средние выплаты по больничному листу составили 10 руб. Расходы на лечение одного больного - 20руб. Средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности - 12 дней.

Общее число случаев заболеваний на предприятии уменьшилось на:

$$\frac{250-200}{1000}$$

$$\times 3000 = 150 \text{ случаев.}$$

Экономический ущерб от одного случая ЗВУТ находится по формуле 2:

$$У = (50 + 10) \times 0,75 \times 12 + 20 \times 12 = 780 \text{ руб.}$$

Предотвращенный экономический ущерб равен (по формуле 1):

$$\mathcal{E} = 150 \times 780 = 117\,000 \text{ руб.}$$

Экономическая эффективность в результате проведенных мероприятий составила (формула 3):

$$\mathcal{E}\mathcal{E} = 117\,000 / 20\,000 = 5,85 \text{ руб.}$$

ВЫВОД: В результате проведенного противорецидивного лечения и оздоровительных мероприятий на каждый вложенный рубль предприятием получена прибыль 5,85 рубля. Экономический эффект составил 117000 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

На предприятии работают 1500 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 350%, в этом году снизилась до 300%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 45 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 40 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 2

На предприятии работают 2000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250%, в этом году снизилась до 200%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 40 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 30 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 3

На предприятии работают 1000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 1200‰, в этом году снизилась до 1000‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 10000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 45 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 40 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 4

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 350‰, в этом году снизилась до 320‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 42 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 40 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 5

На предприятии работают 5000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250‰, в этом году снизилась до 150‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 50000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 55 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 50 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 50 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 6

На предприятии работают 2000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 175‰, в этом году снизилась до 150‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 48 руб.;

- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 12 дней.

Задача № 7

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 150%, в этом году снизилась до 120%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 35 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 8

На предприятии работают 4000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 200%, в этом году снизилась до 100%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 40000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 35 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 9

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 300%, в этом году снизилась до 280%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 55 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 45 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 10

На предприятии работают 1800 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250%, в этом году снизилась до 230%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 45 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 14 дней.

Задача № 11

На предприятии работают 1800 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250%, в этом году снизилась до 200%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 10000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 60 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 50 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 12

На предприятии работают 800 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 200%, в этом году снизилась до 150%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 5000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 45 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 12 дней.

Раздел 2. Расчет экономической эффективности от сокращения сроков лечения в больнице

Методика расчета экономической эффективности в результате сокращений сроков пребывания в стационаре

Экономический эффект в результате заболеваемости всего населения рассчитывается по формуле:

$$\mathcal{E} = ((Д + Бл) \times Тр + Л \times Тк) \times А + Л \times Тк \times Б \quad (1)$$

где:

\mathcal{E} - экономический эффект;

$Д$ - чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего;

$Бл$ - средневзвешенный размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

$Л$ - стоимость лечения одного больного за один день;

$Тк$ - число сэкономленных календарных дней;

$Тр$ - число сэкономленных рабочих дней (Можно принять, что $Тр = 0,75 \times Тк$);

$А$ - численность работающего населения;

$Б$ - численность неработающего населения.

Экономическая эффективность рассчитывается по формуле:

$$\text{ЭЭ} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}} \quad (2)$$

Пример решения типовой задачи:

В стационаре в этом году лечилось 10000 человек, в т. ч. и 4000 работающих, средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня по сравнению с прошлым годом.

Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 100 000 руб.

Какова экономическая эффективность этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 20 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 15 руб.;
- стоимость лечения в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 10 руб.

Подставляя значения в формулу 1, получили:

$$\text{Э} = ((20 + 15) \times 0,75 \times 4 + 10 \times 4) \times 4\,000 + (10 \times 4 \times 6\,000) = 820\,000 \text{ руб.}$$

Используя формулу 2, находим: $\text{ЭЭ} = 820\,000/100\,000 = 8,2$ руб.

ВЫВОД: В результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на каждый вложенный рубль предприятием получена прибыль 8,2 рубля. Экономический эффект составил 820000 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В крупном стационаре города в этом году лечилось 30000 человек, в том числе 20000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 80 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 2

В крупном стационаре города в этом году лечилось 60000 человек, в том числе 40000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 250 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 3

В крупном стационаре города в этом году лечилось 60000 человек, в том числе 40000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 6 дней, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 34000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 4

В крупном стационаре города в этом году лечилось 40000 человек, в том числе 30000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 8 дней, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 51900 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 90 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 5

В крупном стационаре города в этом году лечилось 50000 человек, в том числе 40000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 6

В крупном стационаре города в этом году лечилось 60000 человек, в том числе 30000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 5 дней, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 22000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 240 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 120 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 7

В крупном стационаре города в этом году лечилось 50000 человек, в том числе 30000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 8 дней, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 38000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 80 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 8

В крупном стационаре города в этом году лечилось 80000 человек, в том числе 40000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 28000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 9

В крупном стационаре города в этом году лечилось 40000 человек, в том числе 20000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 2 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 12000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 200 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 80 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 10

В крупном стационаре города в этом году лечилось 70000 человек, в том числе 50000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 8 дней, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 280 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 180 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 11

В крупном стационаре города в этом году лечилось 20000 человек, в том числе 15000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 10000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 100 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 80 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 80 руб.

Задача № 12

В крупном стационаре города в этом году лечилось 15000 человек, в том числе 10000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 8000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 80 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 70 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 80 руб.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные виды финансовых ресурсов в здравоохранении?
2. Что представляет собой бухгалтерский баланс? Что такое активы, пассивы и ликвидность бухгалтерского баланса? Дайте определение основным средствам в здравоохранении.
3. Для чего и как рассчитывается балансовая стоимость? Что такое физический и моральный износ основных средств в здравоохранении? Что такое реновация?
4. Какие движения основных средств Вы знаете и как они оцениваются?
5. Что такое показатели использования основных средств?
6. Что включают в себя оборотные средства в здравоохранении?
7. Как происходит статистический анализ оборотных средств в здравоохранении?
8. Перечислите основные показатели, характеризующие финансовые результаты деятельности организации здравоохранения. Что относится к переменным и постоянным затратам?
9. Какими показателями оценивается финансовая деятельность организаций здравоохранения?
10. Что понимается под эффективностью в здравоохранении?
11. Что такое медицинская эффективность и какие уровни ее оценки Вам известны?
12. Как проводится анализ социальной эффективности в здравоохранении? Перечислите объективные и субъективные индикаторы.
13. Как рассчитывается экономическая эффективность в здравоохранении что такое экономический эффект?
14. Каковы составные части экономического ущерба и какова роль здравоохранения в его предотвращении?
15. Перечислите основные экономические показатели, характеризующие коечный фонд ЛПУ, и приведите методику их расчета.
16. Перечислите основные стоимостные показатели характеризующие коечный фонд ЛПУ и приведите методику их расчета.

17. Охарактеризуйте объективные и субъективные причины, приводящие к простоям и перегрузке коек в ЛПУ.
18. Охарактеризуйте последствия, возникающие в результате простоя и перегрузки коек в ЛПУ.

ЗАНЯТИЕ № 4

Медицинское страхование

Медицинское страхование

Медицинское страхование в Российской Федерации осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 году. Позднее законодатель внес в него ряд существенных изменений и в новой редакции (1993 г.) - Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» действовал в стране до 2010 года.

Изначально Закон носит ярко выраженный социальный характер и главной идеей его реализации **общественная солидарность и социальная справедливость**. Эта идея выражается в том, что страховые взносы на работающее и неработающее население перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (**принцип «здоровый платит за больного»**); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (**принцип «богатый платит за бедного»**); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (**принцип «молодой платит за старого»**).

Дальнейшее развитие система обязательного медицинского страхования граждан получила в Федеральном Законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон), принятом в 2010 году.

Обязательное медицинское страхование

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

При этом, **страховой случай** - это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, а **страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Важнейшим понятием в системе ОМС является **страховое обеспечение**, под которым подразумевается исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организации.

Главной фигурой в системе ОМС являются **застрахованные лица** - граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства, а также беженцы. К ним относятся:

- лица, работающие по трудовому или гражданско-правовому договору;
- индивидуальные предприниматели, а также лица, занимающиеся частной практикой (нотариусы, адвокаты);
- члены крестьянских (фермерских) хозяйств;

- члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ;
- неработающие граждане (дети; пенсионеры; учащиеся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования; безработные, зарегистрированные в службе занятости; один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет и др.).

Застрахованные лица имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ, а также свободный выбор медицинской организации, врача, СМО путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.

Структура защиты прав пациента в системе обязательного медицинского страхования представлено на рисунке 21.2:



Рис. 2. Защита прав гражданина в системе обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь застрахованным лицам в системе ОМС оказывается в рамках *базовой и территориальной программ ОМС*, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном Законом.

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

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов, способы оплаты, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, в базовой программе ОМС устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, нормативы финансовых затрат на единицу объема этой помощи, а также норматив финансового обеспечения программы в расчете на одно застрахованное лицо (подушевой норматив финансирования).

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специали-

зированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Высокотехнологичная медицинская помощь – комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающий значительной ресурсоемкостью медицинских технологий, имеющий законченное клиническое значение, и финансируемый за счет средств федерального бюджета.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается бесплатно только в пределах резерва объема (квоты) государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета. Данное государственное задание устанавливается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Направление на высокотехнологичную медицинскую помощь выдается в органах управления здравоохранения по месту жительства в конкретное лечебное учреждение и действительно с момента выдачи до 31 декабря текущего года.

Право получать лечение по квоте имеют все жители субъектов Российской Федерации, которым показано проведение высокотехнологичной медицинской помощи, и медицинские документы которых проконсультированы комиссией субъекта по отбору на лечение в специализированных медицинских учреждениях, и после консультации, которых получено положительное решение специалистов специализированных медицинских учреждений о проведении лечения с использованием высокотехнологичной медицинской помощи.

Отказ в выдаче квоты может быть из-за:

- отсутствия показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- наличия тяжелой сопутствующей патологии или особенностями течения основного заболевания, являющимися препятствием для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи в учреждении по месту жительства.

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

Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органом исполнительной власти субъекта РФ устанавливаются дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать норматив финансирования базовой программы.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договоров.

Финансовое наполнение системы ОМС обеспечивают *страхователи*. Страхователями для работающих граждан являются: работодатели, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Важнейшей задачей страхователей является своевременная и в полном объеме уплата страховых взносов на ОМС. Источниками формирования средств ОМС являются:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Размер и порядок расчета страховых взносов на ОМС устанавливаются соответствующими Федеральными законами. Движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рис. 21.3.

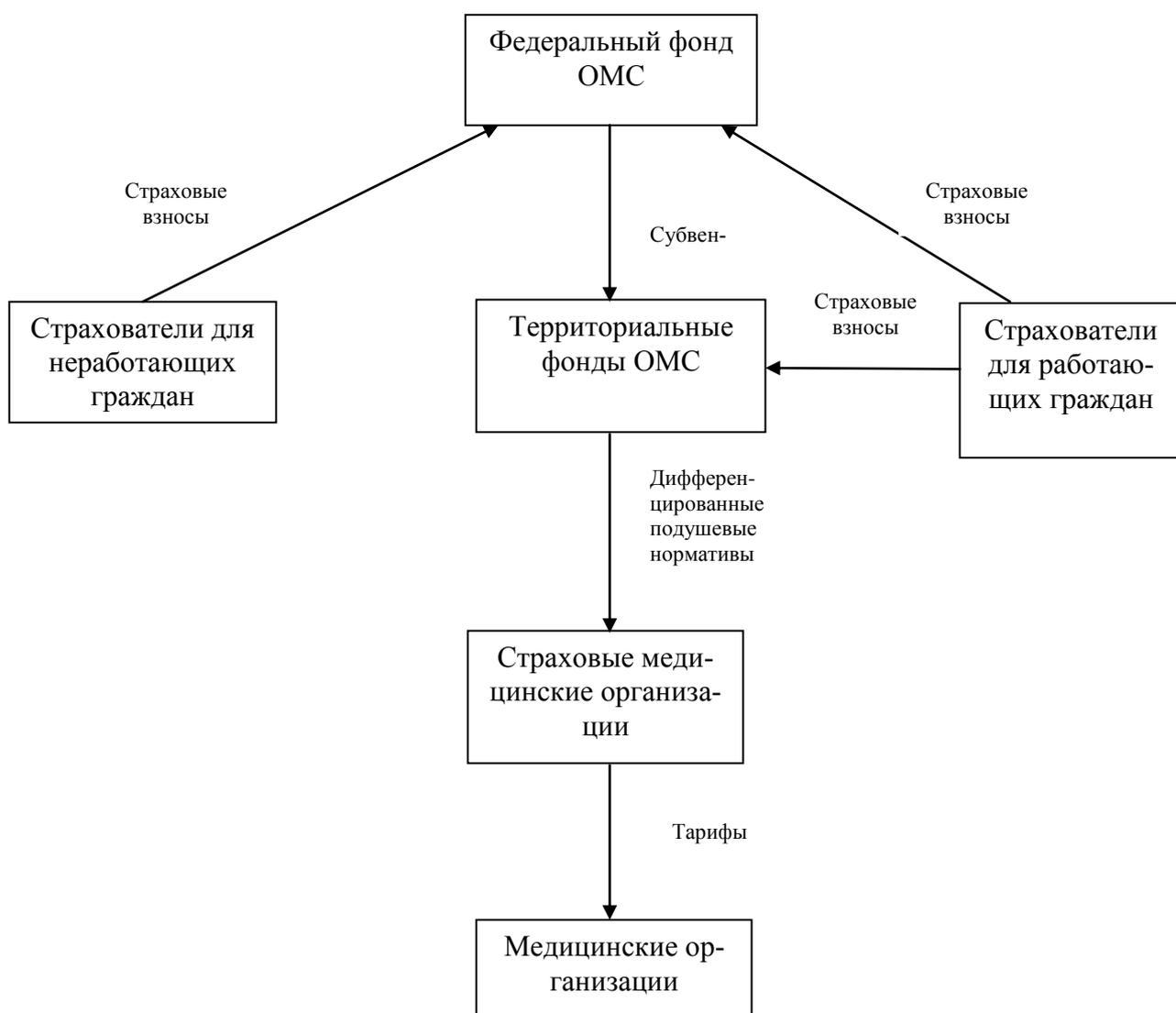


Рис. 3. Движение финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации базовой программы ОМС, является *Федеральный фонд*. Управление Федеральным фондом осуществляется правлением и председателем, который назначается и освобождается от должности Правительством РФ.

Важнейшими задачами Федерального фонда являются:

- 1) участие в разработке программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
- 2) аккумулирование и управление средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС осуществляют *территориальные фонды ОМС* – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения этих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Управление территориальным фондом осуществляет директор, который назначается и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирует и управляет средствами ОМС, осуществляет финансирование территориальных программ ОМС, а также формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом;
- утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами ОМС;
- предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
- обеспечивает права граждан в сфере ОМС путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями путем проведения финансовых проверок и ревизий;
- формирует персонифицированные базы данных о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

Также отдельные полномочия страховщика возлагаются на страховую медицинскую организацию (СМО) в рамках договоров, заключенных с территориальным фондом ОМС, который финансирует СМО на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. При этом СМО не вправе осуществлять иную, за исключением обязательного и добровольного медицинского страхования, деятельность.

В системе ОМС право на оказание медицинской помощи застрахованным имеют *медицинские организации* любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, а также *индивидуальные предприниматели*, занимающиеся частной медицинской практикой.

Законом четко определены обязанности и права медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным в системе ОМС. Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять СМО и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи;
- размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи др.

Медицинские организации имеют право:

- получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Медицинской организации получает от СМО целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится по *тарифам*, которые рассчитываются в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и должны включать в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Эти тарифы устанавливаются соглашением между органом управления здравоохранением субъекта РФ, территориальным фондом, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов. Кроме того, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, организации питания (при отсутствии организованного питания в данной медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным проводится в соответствии с порядком проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль - установление соответствия фактических сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов) условиям договоров заключенных в рамках территориальной программы ОМС.

Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков выполнения и объемов предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший специальную подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью СМО путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Сумма средств, выявленная и не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицин-

ской помощи, удерживается из объема средств медицинской организации (предусмотренных для оплаты медицинской помощи) или подлежит возврату в СМО.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, является **полис обязательного медицинского страхования**. Для его получения застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление в страховую медицинскую организацию, а при ее отсутствии – в территориальный фонд. Полис ОМС обеспечивается электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте.

Законом предусмотрено поэтапное включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (с 1 января 2013 г. за исключением санитарно-авиационной скорой медицинской помощи) и высокотехнологичной медицинской помощи (с 1 января 2015 г.).

Кроме того, в период 2011-2012 гг. в рамках Закона предусмотрена разработка и реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации федеральных государственных медицинских учреждений. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ направляются на следующие цели:

- 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы ОМС единого образца, телемедицинских систем и систем электронного документооборота для ведения медицинских карт пациентов в электронном виде;
- 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ осуществляются в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам.

Добровольное медицинское страхование

В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, добровольное медицинское страхование (ДМС) является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы добровольного медицинского страхования. Определяющими условиями такого взаимодействия являются, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании регио-

нальных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения – это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний – это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в таблице.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1.	Некоммерческое	Коммерческое
2.	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3.	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4.	Регламентируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"	Регламентируется Законами РФ "Об организации страхового дела в РФ" и "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"
5.	Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
6.	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
7.	Страхователи - работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи - юридические и физические лица
8.	Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
9.	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
10.	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
11.	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
12.	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
13.	При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса

Методика расчета тематических задач по качеству медицинской помощи:

Задача для разбора:

Больной Иванов А.И., 41 год, проживающий в Санкт-Петербурге, работающий, был госпитализирован с диагнозом: инфаркт миокарда в Городскую больницу №2. После проведенного лечения больной был направлен на реабилитацию в санаторий «Черная речка».

Задание:

1. Какие виды помощи необходимы в данной ситуации?
2. Для каких из них необходим медицинский полис?
3. Из каких источников финансируются предоставленные медицинские услуги?

Ответ:

1. *Скорая медицинская помощь.
Стационарная медицинская помощь.
Санаторно-курортное лечение.*
2. *Для стационарной медицинской помощи.*
3. *Скорая медицинская помощь – Бюджет Санкт-Петербурга.
Стационарная медицинская помощь – Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования.
Санаторно-курортное лечение – Фонд социального страхования РФ.*

Тематические задачи по медицинскому страхованию:

Задача № 1

Гражданка Ж., 23 года, проживающая в г. Мурманске, приехав в Санкт-Петербург на несколько дней в командировку заболела ОРЗ. В связи с заболеванием обратилась в поликлинику.

Задание:

1. Будет ли ей оказана бесплатная медицинская помощь? Обоснуйте свой ответ.
2. Какие документы она должна предоставить?
3. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, будет ей выдан?

Задача № 2

Гражданка К., 57 лет, проживающая в Воронеже, много лет страдающая стенокардией напряжения по приезду в гости к родственникам в Санкт-Петербург обратилась в поликлинику по месту пребывания с целью планового обследования и проведения коронарографии.

Задание:

1. Какой объем помощи в рамках ОМС может быть оказан пациентке в данной ситуации? Обоснуйте ответ.
2. Какие документы пациентка должна предоставить?

Задача № 3

Больной М., 45 лет, перенесший острый инфаркт миокарда, осложненный ранней постинфарктной стенокардией, был осмотрен кардиохирургом, который рекомендовал проведение коронарографии и дальнейшего оперативного лечения по ОМС.

Задание:

1. К какому виду медицинской помощи относится коронарография и оперативное лечение ИБС?
2. Какие документы должен предоставить пациент для получения этой помощи бесплатно?
3. Какой порядок получения данной помощи?

Задача № 4

Больная Г., 41 год, состоящая на учете в центре занятости населения, в связи с гипертоническим кризом вызвала на дом участкового терапевта по месту жительства.

Задание:

1. Укажите источник финансирования медицинской помощи для данной пациентки?
2. Какие документы необходимо предоставить?
3. Какой документ будет выдан пациентке?

Задача № 5

У больного В., 71 год, неработающего, страдающего много лет бронхиальной астмой, на фоне простудного заболевания развился астматический статус. Была вызвана скорая помощь. Пациент был госпитализирован в пульмонологическое отделение стационара.

Задание:

1. Какие виды помощи необходимы в данной ситуации?
2. Для каких из них необходим медицинский полис?
3. Кто оплатит предоставленные медицинские услуги?

Задача № 6

Временно проживающая в Санкт-Петербурге неработающая гражданка З., 44 года, обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту временного пребывания в связи с длительное время беспокоящим её артрозом коленных суставов.

Задание:

1. Будет ли ей оказана бесплатная плановая медицинская помощь?

Задача № 7

Гражданин В., 39 лет, проживающий и работающий в Санкт-Петербурге, застрахованный в рамках ОМС, добровольно лечится в частной клинике за счет личных средств в связи со стенокардией напряжения ФК 2.

Задание:

1. Может ли пациент возложить расходы за свое лечение на страховую компанию, в которой он застрахован или получить компенсацию за понесенные расходы?

Задача № 8

Гражданин А., работающий, застрахованный в рамках ОМС, полис ОМС прикреплен к поликлинике Калининского района, сам же он проживает в Красносельском районе Санкт-Петербурга. Обратился в поликлинику по месту проживания за медицинской помощью в связи с хроническим колитом, где в помощи ему было отказано.

Задание:

1. Правомерен ли отказ поликлиники в оказании плановой медицинской помощи? Ответ обоснуйте.

Задача № 9

Гражданка А., проживающая в Санкт-Петербурге, 41 год, 3 месяца назад уволилась и по настоящее время не работает. В связи со стабильной артериальной гипертензией обратилась в поликлинику по месту жительства, предъявив полис ОМС с предыдущего места работы. В плановой медицинской помощи в поликлинике её было отказано.

Задание:

1. Правомерен ли отказ поликлиники в оказании плановой медицинской помощи?
2. Возможно ли в данном случае получение бесплатной медицинской помощи?
3. Какие шаги необходимо предпринять?

Задача № 10

Больной Т., 51 год, неработающий, временно проживающий в Санкт-Петербурге, в связи с острой болью за грудиной обратился в поликлинику по месту пребывания, где в медицинской помощи ему было отказано.

Задание:

1. Правомерен ли отказ поликлиники?
2. Возможно ли получение больным бесплатной медицинской помощи? Ответ обоснуйте.

Задача № 11

К жителю Санкт-Петербурга в гости из Армении приехала старшая сестра. Ночью у нее случился гипертонический криз, по телефону родственниками была вызвана скорая медицинская помощь. Врач скорой медицинской помощи сообщил, что иностранным гражданам в Санкт-Петербурге медицинская помощь бесплатно не предоставляется, поэтому за оказанную медицинскую помощь родственникам пациентки пришлось заплатить.

Задание:

1. Верную ли информацию сообщил сотрудник скорой медицинской помощи?
2. Если бы по медицинским показаниям больная была госпитализирована в стационар, то должна ли была она оплатить лечение? Обоснуйте ответ.

Задача № 12

Гражданин К., проживающий в Самарской области, приехав в Санкт-Петербург в командировку на несколько дней, при случайном падении получил серьезную травму. При обращении в ближайший травмпункт у пациента с собой не было страхового медицинского полиса и на этом основании врач-травматолог отказал ему в приеме. Через некоторое время состояние пациента ухудшилось. Он был доставлен в травматологический стационар, где ему была оказана необходимая медицинская помощь.

Задание:

1. Правомерны ли действия врача-травматолога?
2. Какой документ необходимо иметь при себе любому гражданину РФ при перемещении по территории РФ?
3. Кто оплатит предоставленные в стационаре гражданину К. медицинские услуги?
4. Какая организация из основных участников ОМС защищает интересы иногородних граждан при получении медицинской помощи по программе ОМС в Санкт-Петербурге?

Контрольные вопросы

1. В чем заключаются принципы общественной солидарности и социальной справедливости?
2. Дайте определение понятия обязательного медицинского страхования.
3. Раскройте понятия «страховой случай» и «страховой риск». Что такое страховое обеспечение?
4. Кто является застрахованными лицами в системе ОМС и как осуществляется защита их прав?
5. Базовая программа ОМС, как составляющая Программы госгарантий.
6. Высокотехнологичная медицинская помощь. Основания в отказе выдачи квоты.
7. Территориальная программа ОМС и ее отличие от базовой.
8. Кто является страхователями при ОМС и каковы их задачи?
9. Порядок и формирование страховых взносов на ОМС.
10. Кто является страховщиками в системе ОМС и какие полномочия возлагаются на страховую медицинскую организацию?
11. Каковы задачи Федерального и территориальных фондов ОМС?



12. Права и обязанности медицинских организаций в системе ОМС.
13. Что такое тарифы в оплате медицинской помощи в системе ОМС и какова их структура. Как осуществляется контроль предоставления медицинской помощи застрахованным лицам?
14. Полис ОМС. Модернизация здравоохранения субъектов РФ, цели.
15. Перечислите особенности добровольного медицинского страхования.
16. Какова роль добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения?
17. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?

ЗАНЯТИЕ № 5

Качество и система его обеспечения

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, его ожиданиям, а также установленным стандартам медицинских технологий при ее оказании.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

- *доступность;*
- *межличностные взаимоотношения;*
- *непрерывность;*
- *безопасность;*
- *соответствие ожиданиям пациентов.*

Доступность медицинской помощи означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием до медицинского учреждения, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного. Социальная доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете ценностного отношения пациента к своему здоровью, его вероисповедания и т.д. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в работе отдельных медицинских служб. Например, часы работы поликлиники должны предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время, недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня, и т.д. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

Межличностные взаимоотношения. Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важными элементами этих взаимоотношений являются искусство врача слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

Непрерывность. Эта характеристика означает, что пациент получает необходимую медицинскую помощь без задержки и неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, соблюдая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на конечные результаты лечения.

Безопасность. Как одна из характеристик качества, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны оцениваться с учетом потенциальных рисков.

Соответствие ожиданиям пациентов. Действующая система здравоохранения должна, прежде всего, отвечать ожиданиям пациентов в получении качественной медицинской помощи. Для пациента в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она адекватна его состоянию, отвечает ожиданиям и является своевременной. Немаловажную роль играет соблюдение принципов деонтологии со стороны медицинского персонала. Пациенты чаще всего обращают внимание на такие важные характеристики качества медицинской помощи как ее доступность, непрерывность, взаимоотношения с медицинским персоналом. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессиональную компетентность персонала.

*Качество медицинской помощи включает в себя три **основных компонента**, которые соответствуют по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:*

- *качество структур;*
- *качество технологии;*
- *качество результата.*

Качество структур определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику. Этот компонент качества обеспечивается такими параметрами, как состоянием зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение, профессиональной компетенцией медицинских работников, техническим состоянием медицинского оборудования и санитарного транспорта, соответствием лекарственных препаратов и лечебного питания установленным стандартам и др. Определяющей в перечне этих параметров является профессиональная компетенция медицинских работников, которая по отношению к каждому сотруднику оценивается как сумма теоретических знаний и практических навыков выполнения медицинских стандартов. Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в принятии эффективных управленческих решений, направленных на достижение поставленных целей. Для врачей — это знания, навыки и искусство профилактики заболеваний, постановки диагноза, лечения больного. Набор профессиональных навыков вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи и правильности выбора тактики лечения больных. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено ресурсов больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной, даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют ожидаемым (плановым). Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, ко всем больным медицинского учреждения, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым, с учетом клинического диаг-

ноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемыми результатами лечения может являться его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемыми результатами лечения может явиться ампутация нижней конечности. При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: "выздоровление", "перевод", "смерть". В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: "выздоровление", "улучшение", "без перемен", "ухудшение", "перевод", "смерть". По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами являются: "выздоровление", "ремиссия", "госпитализация", "перевод в другое медицинское учреждение", "инвалидизация", "смерть". Качество результата по отношению ко всем больным медицинского учреждения следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике лечебно-профилактических учреждений для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частота послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень структурного качества — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как "принцип негатива" — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Врачебная ошибка — это такое действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или снижению риска прогрессирования заболевания, возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности пациента.

Причины врачебных ошибок делятся на объективные и субъективные.

Объективные причины врачебных ошибок могут быть связаны с:

- недостаточными сведениями в медицинской науке о сути и механизмах патологического процесса;
- поздней госпитализацией и тяжестью состояния больного;
- редкостью заболевания;
- малосимптомным течением заболевания;
- отсутствием возможности проведения специальных исследований;
- невозможностью получения консультации соответствующих специалистов;
- кратковременностью контакта врача и пациента;
- критическими ситуациями, в которых врач должен принимать решения;
- неблагоприятной обстановкой, в которой врач проводит исследование больного;
- отсутствием или неполнотой информации о больном, полученной на предшествующих этапах медицинской помощи.

Субъективные причины врачебных ошибок могут быть связаны с:

- недостаточной квалификацией врача;
- неполнотой обследования больного при его возможности;
- переоценкой возможностей современных методов исследования.

Система обеспечения качества медицинской помощи

Управление качеством медицинской помощи — это организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы управления и обеспечивает создание условий для обеспечения единых требований к осуществлению медицинской деятельности, а также для непрерывного повышения качества и безопасности этой деятельности.

Эта система основывается на следующих **принципах**:

- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
- использование административных, экономических и правовых методов управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных аспектов: дизайн качества, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.

Дизайн качества — это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества — это виды деятельности планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества — система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам является экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участников контроля;
- средств контроля;
- механизмов контроля.

Действующие нормативные правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный — страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объеди-

нения потребителей и др. Соответственно составу участников контролирующих органов, контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:

- контроль со стороны производителей медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителей медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используют различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур:

- лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
- аккредитацию медицинских учреждений;
- аттестацию медицинских работников;
- сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗиСР РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Управление качеством медицинской помощи подразумевает **непрерывное повышение** его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие: первая – это постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных, вторая – непрерывный процесс достижения этих стандартов.

Стратегия непрерывного улучшения качества медицинской помощи

Принципы и положения, используемые для непрерывного улучшения качества:

- системный подход;
- сосредоточение на нуждах потребителя;
- использование научной методологии;
- понимание концепции вариабельности;
- работа в команде;
- учет в работе психологических факторов;
- роль руководства в улучшении качества.

Стандартизация в здравоохранении

Стандартом медицинской помощи является унифицированная совокупность медицинских процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии).

Стандарт медицинской помощи может включать в себя:

- перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;

- перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень используемых лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, с указанием суточных и курсовых доз;
- перечень медицинских изделий;
- перечень компонентов крови и препаратов крови с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень видов диетического и лечебного питания с указанием количества и частоты их предоставления.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приоритетные направления стандартизации. В мировой практике общепризнанными приоритетными направлениями работ по стандартизации являются:

- безопасность и экология;
- информационные технологии;
- ресурсосбережение.

К важнейшему направлению стандартизации относится также нормативное обеспечение качества товаров и услуг с целью защиты прав потребителей. В числе приоритетных как за рубежом, так и в России сформировалось социальное направление, в частности, стандартизация в сфере медицинских товаров и услуг.

Функции стандартов и услуг

Экономическая функция охватывает следующие аспекты:

- предоставление информации о продукции и ее качестве, позволяющей производителям и потребителям правильно оценить, выбрать товар или услугу, с меньшим риском вложить средства в инвестиционные проекты и программы;
- содействие конкуренции на основе стандартизации методов испытаний и унификации основных параметров продукции, что позволяет проводить ее объективное сравнение;
- обеспечение совместимости и взаимозаменяемости отдельных видов товаров и услуг;
- рационализация управления технологическими процессами и обеспечение заданного уровня качества продукции.

Социальная функция стандартизации предусматривает определение такого уровня параметров и показателей товаров и услуг, который соответствует требованиям общественного здоровья, санитарии и гигиены, обеспечивает охрану окружающей среды и безопасность людей при производстве, обращении, использовании и утилизации продукции.

Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, разработку глоссариев определений и терминов.

В настоящее время разработанные в разных учреждениях стандарты можно условно представить в виде пяти групп:

Первая группа (основная масса разработок) – диагностика и лечение заболеваний.

Вторая группа – стандарты, определяющие порядок действий в конкретных ситуациях (экстренная помощь, манипуляции сестринского ухода и т.д.).

Третья группа – стандарты условий оказания медицинской помощи (оснащение учреждений, санитарные правила и нормы, правила противопожарной безопасности, кадровые паспорта и др.). Используя в процессе лицензирования медицинской деятельности, при выдаче лицензий на медицинскую деятельность.

Четвертая группа – требования к изготовлению и применению лекарственных средств (стандартами не называются).

Пятая группа – работа по совершенствованию образовательных стандартов.

Основные принципы стандартизации в здравоохранении:

- принцип согласия
- принцип единообразия
- принцип целесообразности
- принцип комплексности и проверяемости.

Классификация медицинских стандартов

Принято выделять следующие виды медицинских стандартов:

По административно-территориальному делению:

1. Международные — утвержденные на международном уровне и обязательные для исполнения на территории тех стран, где действует данный стандарт.

2. Национальные — утвержденные на федеральном уровне и обязательные для исполнения на всей территории страны.

3. Территориальные — разработанные субъектами Российской Федерации на основании уточнения национальных стандартов (если таковые приняты). В случае отсутствия национальных стандартов субъект Федерации может разрабатывать стандарты самостоятельно. Стандарт административно-территориальной единицы — это стандарт, принятый на уровне одного субъекта РФ и доступный широкому кругу потребителей.

4. Локальные — принятые в конкретной медицинской организации. Они разрабатываются в случае отсутствия на объект стандартизации ГОСТа Р и ОСТА или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТом Р или ОСТом. Порядок разработки стандарта предприятия гармонизируется с государственным и отраслевым порядком разработки и устанавливается этим предприятием.

По ведомственной принадлежности:

1. Государственный стандарт РФ — стандарт, который разрабатывается на продукцию, работы и услуги, потребности в которых носят межотраслевой характер и принимаются Госстандартом России.

2. Отраслевой стандарт (системы стандартизации в здравоохранении) — стандарт, который разрабатывается в случае отсутствия стандартизации ГОСТа РФ или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТы РФ. Порядок разработки ГОСТа устанавливается отраслевым органом государственного управления отраслью (здравоохранением).

По объектам стандартизации:

1. Структурно-организационные стандарты — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к условиям оказания медицинской помощи.

2. Профессиональные стандарты — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к профессиональным качествам медицинских работников.

3. Технологические стандарты — стандарты, которые устанавливают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста, ряда других факторов.

По механизму использования:

1. Простые — стандарты, предусматривающие наличие только одного стандарта. Определение соответствия осуществляется по системе: "соответствует—не соответствует".

2. Групповые — комплекс стандартов одного вида, иерархически связанных между собой. Определение соответствия в данном случае осуществляется по системе: соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда); соответствует стандарту первой категории; соответствует стандарту общей (базовой) категории; не соответствует ни одному из стандартов.

Кроме того, выделяют предварительный стандарт — временный документ, который принимается органом по стандартизации и доводится до широкого круга потенциальных потребителей. Информация, полученная в процессе использования предварительного стандарта, и от-

звымы об этом документе служат базой для решения вопроса о целесообразности принятия и введения в действие стандарта.

Контроль качества медицинской помощи

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

- государственный контроль;
- ведомственный контроль;
- внутренний контроль.

Государственный контроль качества медицинской помощи

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

- 1) контроль за соблюдением требований к осуществлению медицинской деятельности, в том числе к организации оказания медицинских услуг – текущий контроль;
- 2) контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе проверка осуществления внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в части подведомственных им органов и организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также физическими и юридическими лицами в части органов и организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, учредителями которых они являются.

Ведомственный контроль проводится с целью оценки состояния управления качеством и безопасности медицинской деятельности, в том числе посредством проверки организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Внутренний контроль качества медицинской помощи

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения или их уполномоченными сотрудниками с целью получения информации о качестве, эффективности и рациональности медицинской деятельности, достоверности учетной и отчетной информации, соблюдении федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

Права и обязанности врачей экспертов страховой медицинской компании

Экспертом страховой медицинской компании может быть специалист с высшим медицинским образованием, имеющий ста работы по врачебной специальности не менее 5 лет, специализацию - общественное здоровье и здравоохранение, прошедший специальную подготовку по экспертизе, имеющему лицензию.

Эксперт является штатным сотрудником страховой медицинской компании и подчиняется ее руководителю. Работа страховой медицинской компании регламентируется законом «Об обязательном медицинском страховании» РФ ст. 14,15, 16.

Эксперт для подтверждения своих полномочий имеет документ, подтверждающий его отношение к страховой медицинской компании (лицензию).

Основной задачей эксперта является организация контроля и оценка объема, сроков и качества оказания медицинской помощи при возникновении экспертного случая в соответствии с условиями договора медицинского страхования (ст. закона о медицинском страховании 20, 22, 23, 24).

Все стационары города, которые работают в рамках обязательного медицинского страхования, после выписки больных, автоматизировано по компьютеру предоставляют счета в страховую медицинскую компанию в течение 2-х месяцев, за их лечение. Согласно с «Генеральным соглашением по оплате медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан» (ст. 23).

Эксперт страховой медицинской компании во время поведения экспертизы качества медицинской помощи обязан:

1. Накануне экспертизы заказать у руководителя ЛПУ выписные истории болезни, которые должны проверяться
2. В обязательном порядке оценивать полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза
3. Выявлять дефекты и устанавливать их причины
4. Готовить рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков и согласно с «временным положением системы обязательного медицинского страхования» (где содержится порядок госпитализации, порядок оплаты за пролеченных больных и порядок применения взаиморасчетов между медицинскими учреждениями и страховой медицинской компанией территориального фонда обязательного медицинского страхования) накладывает штрафные экономические санкции.

На каждый случай экспертной оценки заполняется «акт экспертизы качества медицинской помощи», который подписывается руководителем ЛПУ и экспертом страховой медицинской компании.

Качество медицинской помощи оценивается по стандарту:

- включающему в себя: качество сбора информации о больном (жалобы, анамнез, объективный статус);
- проведение необходимых диагностических мероприятий;
- правильную постановку и обоснование диагноза;
- качественно выполненные лечебные мероприятия;
- качественное ведение медицинской документации, предусматривающее регулярные врачебные записи о состоянии больного и имеющейся динамике заболевания, трактовку полученных лабораторных и инструментальных методов исследования, обоснование необходимости проведенных оперативных и других медицинских вмешательств, наличие записей о проведенных консультациях и консилиумах и их решениях, этапных, переводных и выписных эпикризов.

Выявленные дефекты качества медицинской помощи классифицируются в соответствии с условным «Перечнем дефектов при оказании медицинской помощи и размерами применяемых экономических санкций». Расчет экономических санкций производится по расчетной стоимости единицы объема медицинской помощи, утвержденной Администрациями городов и районов в Муниципальных заказах по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью на текущий год.

Каждый случай по итогам проверки врачом-экспертом организатором составляется «Экспертное заключение по случаю оказания медицинской помощи» и «Экспертное заключение по качеству оказания медицинской помощи». *Ознакомление с приложением № 3.*

При несогласии с результатами проведенной экспертизы качества медицинской помощи администрация организации здравоохранения в 14-дневный срок направляет письменную претензию в межведомственную независимую экспертную комиссию. Межведомственная независимая экспертная комиссия рассматривает претензию и принимает решение в 14-дневный

срок с момента ее получения. Решение направляется в организацию здравоохранения и в СМО.

Обоснование экспертных суждений о врачебных ошибках осуществляется путем установления их непосредственных негативных следствий для состояния компонентов КМП

1. Общие правила обоснования врачебных ошибок

В экспертном протоколе регистрируются только непосредственные негативные следствия врачебных ошибок.

При отсутствии негативных следствий суждение эксперта о врачебной ошибке признается неаргументированным.

Негативные следствия для процесса оказания помощи регистрируются в случаях, когда ошибка является причиной возникновения другой ошибки (сбора информации, диагноза, лечения, обеспечения преемственности).

Негативные следствия для оценки процесса оказания помощи регистрируются в случаях, когда ошибка создает препятствия для экспертной оценки этапов врачебного процесса: сбора информации, диагноза, лечения, преемственности.

Негативные следствия для состояния пациента регистрируются в случаях, когда ошибка реально оказала либо с высокой степенью вероятности могла оказать негативное влияние на течение имеющегося у пациента заболевания и/или развитие осложнений.

Негативные следствия для социальных ресурсов регистрируются в случаях, когда при реальном и значительном влиянии ошибки на состояние пациента вследствие ее не снижается или повышается риск преждевременной смерти, инвалидности, удлинения сроков временной нетрудоспособности пациента или окружающих его людей.

Негативные следствия для ресурсов здравоохранения регистрируются в случаях, когда ошибка привела к перерасходу или неполному использованию ресурсов здравоохранения (диагностики, лечения, врачебных, финансовых).

Негативные следствия для оценки потребности в ресурсах здравоохранения регистрируются во всех случаях ошибок заключительного диагноза.

2. Правила обоснования ошибок сбора информации

Ошибки сбора информации оказывают негативное влияние на:

- процесс оказания помощи, если являются причиной возникновения ошибок других этапов врачебного процесса (главным образом ошибок диагноза и лечения);
- оценку процесса оказания помощи, если затрудняют или делают невозможной экспертную оценку правильности выполнения элементов врачебного процесса;
- ресурсы здравоохранения, если приводят к недостаточному или избыточному (необоснованному) использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики, консультаций специалистов.

В отдельных случаях, когда способ получения информации (главным образом инструментальные исследования) сопряжены с потенциальным риском для пациента, ошибки сбора информации могут оказать непосредственное негативное влияние на состояние пациента и социальные ресурсы.

Правила обоснования ошибок диагноза

Если ошибки клинического и заключительного диагноза совпадают, в экспертном протоколе фиксировать следует только ошибку заключительного диагноза.

Ошибки диагноза оказывают негативное влияние на:

- процесс оказания помощи;
- лечение, когда необходимое лечение не проводится, назначается (отменяется) несвоевременно либо проводится лечение, которое данному больному не показано (противопоказано);

- обеспечение преемственности, когда вследствие ошибки диагноза необходимое тактическое решение не осуществляется, выполняется несвоевременно, реализуется;
- оценку потребности в ресурсах во всех случаях ошибочно установленного заключительного диагноза.

Если содержание диагноза нельзя изменить из-за отсутствия необходимых данных, экспертная оценка процесса оказания помощи (этапов лечения, обеспечения преемственности) затруднена или невозможна.

3. Правила обоснования ошибок лечения

Ошибки лечения оказывают негативное влияние на:

- состояние пациента, если вследствие неправильного или несвоевременно назначенного лечения сохраняется или повышается риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса;
- социальные ресурсы, если при реальном и значительном влиянии ошибки лечения на состояние пациента не снижается или повышается риск преждевременной смерти, инвалидности, удлиняются сроки временной нетрудоспособности пациента или окружающих его людей;
- ресурсы здравоохранения, если приводят к неполному использованию или перерасходу ресурсов лечения. Если ошибка лечения является причиной развития осложнений, потребовавших дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, удлинения сроков лечения, эксперт отмечает их негативное влияние на все соответствующие виды ресурсов (диагностики, лечения, врачебные, финансовые).

Ошибки лечения, выражающиеся в отсутствии необходимой информации о проводимом лечении, оказывают негативное влияние на оценку процесса оказания помощи (этапа лечения). В некоторых случаях ошибки лечения могут затруднять процесс оказания помощи, например, постановку диагноза на следующем этапе медицинской помощи.

Правила обоснования ошибок преемственности

Ошибки обеспечения преемственности оказывают негативное влияние на:

- состояние пациента, если вследствие неправильного или несвоевременно осуществленного тактического решения, неверных рекомендаций сохраняется или повышается риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса;
- социальные ресурсы, если при реальном и значительном влиянии ошибки обеспечения преемственности на состояние пациента не снижается или повышается риск преждевременной смерти, инвалидности, удлиняются сроки временной нетрудоспособности пациента или окружающих его людей;
- ресурсы здравоохранения, если приводят к неполному использованию или перерасходу различных видов ресурсов (диагностики, лечения, врачебные, общие финансовые) на данном, следующем, других этапах помощи.

Алгоритм качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Эксперт во время проведения экспертизы качества медицинской помощи оценивает:

- соответствие оформления медицинской документации принятым нормам и правилам;
- правильность и своевременность постановки диагноза;
- достаточность и своевременность назначения и проведения диагностических мероприятий;
- адекватность лечебных мероприятий поставленному диагнозу или имевшейся у больного симптоматике;
- правильность выполнения инструкции о порядке выдачи листка нетрудоспособности в случаях с временной утратой трудоспособности;



Оценка КМП дается в сумме баллов, выставленных экспертом: от 0 до 15 баллов - хорошее качество медицинской помощи; от 16 до 30 баллов - удовлетворительное качество медицинской помощи, от 31 и более баллов - неудовлетворительное качество медицинской помощи.

Алгоритм проведения экспертизы качества стационарной медицинской помощи

Эксперт во время проведения экспертизы качества медицинской помощи оценивает:

- достаточность и своевременность назначения и проведения диагностических мероприятий;
- правильность и своевременность постановки диагноза;
- адекватность лечебных мероприятий поставленному диагнозу или имевшейся у больного симптоматике;
- соответствие оформления медицинской документации утвержденным нормам и правилам;
- правильность выполнения инструкции о порядке выдачи листка нетрудоспособности в случаях с временной утратой трудоспособности;

Методика проведения медико-экономической экспертизы оказания медицинской помощи в стационаре врачами экспертами страховой медицинской компании

В соответствии с законом «О медицинском страховании граждан РФ» экспертному контролю обязательно подлежат:

1. Случаи летальных исходов
2. Случаи внутрибольничного инфицирования и осложнения
3. Случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста
4. Случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение двух месяцев
5. Случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности).
6. Случаи с расхождением патологоанатомического и клинического диагнозов 3-ей категории сложности.
7. Случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственниками.

Дополнительными причинами для назначения медико-экономической экспертизы могут быть следующие случаи:

1. Жалобы (рекламации) от районных поликлиник в страховую медицинскую компанию на качество и культуру медицинской помощи стационарами.
2. Неблагоприятный исход заболевания, прямо связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий
3. Несоответствие представленных счетов на оплату медицинских услуг территориальным медико-экономическим стандартам или включение в счет медицинских услуг, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования.
4. Наличие многочисленных дефектов в оказании медицинской помощи у отдельных специалистов, подразделений, учреждений.
5. Несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшее на стоимость лечения.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом случайной выборки.

В основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» написано:

Ст. 66: В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ.

Ст. 67: Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждения частной системы здравоохранения.

Методика расчета тематических задач по качеству медицинской помощи:

Задача для разбора:

Больной Сидоров А.И., 5 года, поступил в детскую городскую больницу № 1 на урологическое отделение 18.08.2010г. с диагнозом: пиелонефрит. Дата выписки из стационара 25.08.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 102445 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: оперированный гидронефроз слева. На урологическом отделении проведено лечение, сделаны лабораторные и диагностические мероприятия, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 21.08.2010г., а не 25.08.2010г., как это указано в счете.

Задание:

Используя «Единые коды экспертных решений в информационной системе ОМС Санкт-Петербурга» сделайте заключение об удержаниях и штрафных санкциях, которым подлежит стационар.

Ответ:

Имеется несоответствие фактических сроков лечения пациента срокам, указанным в счете, на 4 койко-дня.

В соответствии с «Едиными кодами экспертных решений в информационной системе ОМС Санкт-Петербурга» данное нарушение соответствует коду мЗб, по данному коду к больнице должна быть применена финансовая санкция в виде удержания суммы, соответствующей разнице между предъявленной суммой оплаты.

Стоимость 1 койко-дня равна $102445/7 = 14635$ рублей.

*Сумма удержания равна $14635*4 = 58540$ рублей.*

Задачи для самостоятельного решения

Задание:

Используя «Единые коды экспертных решений в информационной системе ОМС Санкт-Петербурга» сделайте заключение об удержаниях и штрафных санкциях, которым подлежит стационар.

Задача № 1

Больная Маркова Н.Н., 18 лет, поступила в больницу № 26 на ЛОР отделение 06.09.2010г. с диагнозом: паратонзиллярный абсцесс справа. Было проведено вскрытие гнойного абсцесса. 11.09.2010г. после проведенного лечения больная выписана под наблюдение поликлиники по месту жительства.

16.09.2010г. Больная повторно поступает с рецидивом паратонзиллярного абсцесса, в это же отделение. Выписалась 24.09.10г., в удовлетворительном состоянии.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 46150 руб., за каждую госпитализацию.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: при первой госпитализации больная выписана 10.09.2010г., т.о. она фактически находилась в стационаре 4 койко-дня. Необоснованная ранняя выписка из стационара привела к прерыванию курса лечения, возникновению рецидива и повторной госпитализации.

Задача № 2

Больная Мамошкина Ю.К., 10 лет, поступила в детскую больницу № 1 на психоневрологическое отделение 07.10.2010г. с диагнозом: эпилепсия. Дата выписки из стационара 27.10.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 173200 руб.

Мать девочки обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобой на неудовлетворенность оказанной больничной помощью.

Заведующая поликлиники прислала рекламацию в страховую компанию по данной жалобе, с просьбой разобраться по этому случаю и известить о результатах.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: девочка находилась на лечении в плановом порядке с диагнозом височная эпилепсия, заикание с 07.10.2010г. по 24.10.2010г. (а не по 27.10.2010г., как это указано в счете). По лечению и обследованию замечаний нет.

Задача № 3

Больной Носиков А.В., 3 года, поступил в детскую городскую больницу № 1 на урологическое отделение 18.09.2010г. с диагнозом: гидронефроз. Дата выписки из стационара 24.09.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 98377 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: оперированный гидронефроз слева. На урологическом отделении проведена внутривенная урография, сделан анализ мочи, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 19.09.2010г., а не 24.09.2010г., как это указано в счете.

Задача № 4

Больной Салзанский Е.Ф., 58 лет, поступил в больницу № 26 на кардиологическое отделение 24.09.2010г. в экстренном порядке с диагнозом: гипертонический криз. Дата выписки из стационара 02.10.2010г.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 109226 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: гипертонический криз, гипертоническая болезнь II. Больной госпитализируется на кардиологическое отделение. Осмотрен заведующим отделением и лечащим врачом. Назначена схема обследования и лечения. В истории болезни нет

контрольного ЭКГ исследования, осмотра невропатолога и окулиста, отсутствует выписной эпикриз. Больной выписан из отделения 29.09.2010г., а не 02.10.2010г., как это указано в счете.

Задача № 5

Больная Куликова В.С., 29 лет, поступила в экстренном порядке на гинекологическое отделение областной больницы 02.07.2010г. с диагнозом: Беременность 7-8 недель, угроза выкидыша. Сахарный диабет I. Дата выписки из стационара 10.07.2010г.

Областная больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 41189 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: больная получала сохраняющую терапию, однако не в полном объеме, дозировка метацина 0,002 по 2 раза в день, вместо положенного трех-четырёх кратного приема. Сомнительна необходимость назначения эстрогенов при сроке 8 недель. Показано назначение прогестерона. При первичном осмотре больной была назначена консультация эндокринолога, что не было выполнено в течении 8 дней. Больная выписана с лейкоцитозом $-12,5 \times 10^9$. При выписке, больной не была рекомендована адекватная сохраняющая терапия. Выписка больной была преждевременной,

15.07.2010г. больная повторно госпитализирована в МСЧ № 8, где произошел самопроизвольный выкидыш. От осложнений вызванных выкидышем больная скончалась.

Задача № 6

Больная Биндиченко В.В., 18 лет, поступила в больницу № 26 на эндокринологическое отделение 11.09.2010г. с диагнозом: эпидемический зоб I ст. Больная поступила самостоятельно. Дата выписки из стационара 12.09.2010г.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 27848 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: в истории болезни не проставлен диагноз приемного отделения, отсутствует запись врача приемного отделения. На эндокринологическом отделении больная была принята клиническим ординатором, дневник осмотра оформлен некачественно (не полностью собран анамнез, нет данных объективного осмотра, отсутствуют назначения), в истории болезни указано, что больная отказалась от лечения, и стоит подпись клинического ординатора. Отсутствует выписной эпикриз. Дата выписки больной 12.09.2010г.

Задача № 7

Больной Петров П.С., 35 лет, поступил в больницу на кардиологическое отделение 01.11.2010г. с диагнозом: аритмия. 10.11.2010г. после проведенного лечения больной выписан под наблюдение поликлиники по месту жительства.

Больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 76200 руб. за госпитализацию.

Больной обратился в медицинскую страховую компанию с просьбой, о возмещении денежных средств потраченных на приобретение препаратов на сумму 8240 руб., предъявив соответствующие документы.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: отсутствие в истории болезни записи об отказе пациента от лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача, вклю-

ченных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» находящихся в стационаре.

Задача № 8

Больной Волков В.В., 29 лет, с 04.09.2010г. по 09.09.2010г. находился на глазном отделении областной больницы, с диагнозом: миопия. И с 06.09.2010г. по 09.09.2010г. на терапевтическом отделении той же больницы с диагнозом: вегето-сосудистой дистония.

Больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, один раз по главному отделению на сумму 20650 руб. и дважды по терапевтическому отделению на сумму 14760 руб. по каждому случаю.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: пациент 04.09.2010г. госпитализирован на глазное отделение, с диагнозом: миопия, для планового лечения. 05.09.2010г. больной был выписан за нарушение режима (самовольно ушел из отделения). 06.09.2010г. больной поступает на терапевтическое отделение с диагнозом: ВСД. 08.09.2010г. выписан за нарушение режима (самовольно ушел из отделения).

Задача № 9

Больной Журавлев В.К., 45 лет, с 05.09.2010г. по 20.09.2010г. находился в областной больнице на пульмонологическом отделении, с диагнозом: хроническая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких, ДНП. 20.09.2010г. больной поступил в клинику медицинской академии имени Мечникова, на торакальную хирургию, где на вторые сутки пребывания скончался.

Родственники обратились в страховую медицинскую компанию, где был застрахован пациент, с жалобой на областную больницу.

Областная больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства на сумму 86220 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экстренная экспертиза в областной больнице. Экспертиза показала: в истории болезни отсутствуют переводной эпикриз, на отделении не сделаны контрольные лабораторные анализы и рентгеновские снимки.

Задача № 10

Больная Козицкая С.А., 20 лет, поступила 02.10.2010г. в приемное отделение больницы № 26, в экстренном порядке, с диагнозом: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. В тот же день больная была выписана из стационара.

08.10.2010г. врачом неотложной помощи констатирована смерть пациентки на дому.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка (за услуги приемного покоя) на сумму 14448 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экстренная экспертиза в больнице № 26. Экспертиза показала: недооценку тяжести состояния больной, что привело к летальному исходу. В истории болезни нет записи дежурного врача и нейрохирурга. Не сделаны необходимые исследования по данной нозологии.

Задача № 11

Больной Иванов П.С., 35 лет, поступила в больницу № 26 на кардиологическое отделение 05.10.2010г. с диагнозом: нестабильная стенокардия. 10.10.2010г. после проведенного лечения больной выписан под наблюдение поликлиники по месту жительства.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 36200 руб. за госпитализацию.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: ненадлежащее и несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, приобретение пациентом лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача на сумму 2120 руб., включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

Задача № 12

Больной Козлов И.В., 4 года, поступил в детскую городскую больницу № 5 на урологическое отделение 20.09.2010г. с диагнозом: острый цистит. Дата выписки из стационара 26.09.2010г.

Детская больница № 5 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 69750 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: острый цистит. На урологическом отделении проведена внутривенная урография, сделан анализ мочи, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. Лечение на отделение не получал. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 23.09.2010г., а не 26.09.2010г., как это указано в счете.

Контрольные вопросы

1. Что такое качество медицинской помощи?
2. Какие характеристики качества медицинской помощи Вам известны?
3. Что относится к основным компонентам качества медицинской помощи?
4. Что такое врачебная ошибка и какие виды врачебных ошибок Вам известны?
5. Что представляет собой система управления качеством медицинской помощи и на каких принципах она основывается?
6. Из каких основных аспектов и элементов состоит управление качеством медицинской помощи?
7. Перечислите виды контроля качества медицинской помощи.
8. Кто осуществляет контроль качества медицинской помощи и в каких направлениях?
9. Из каких процедур состоит механизм контроля качества медицинской помощи?
10. Что такое стандарт медицинской помощи?
11. Перечислите составляющие стандарта медицинской помощи и приоритетные направления стандартизации.
12. Какие функции стандартов и услуг Вам известны?
13. Какие основные принципы стандартизации можно выделить в здравоохранении?
14. Какие выделяют виды медицинских стандартов?
15. Какие существуют формы контроля качества медицинской помощи?
16. Права и обязанности врачей-экспертов страховой медицинской компании.
17. Что подлежит обязательному экспертному контролю?
18. По каким стандартам оценивается качество медицинской помощи?