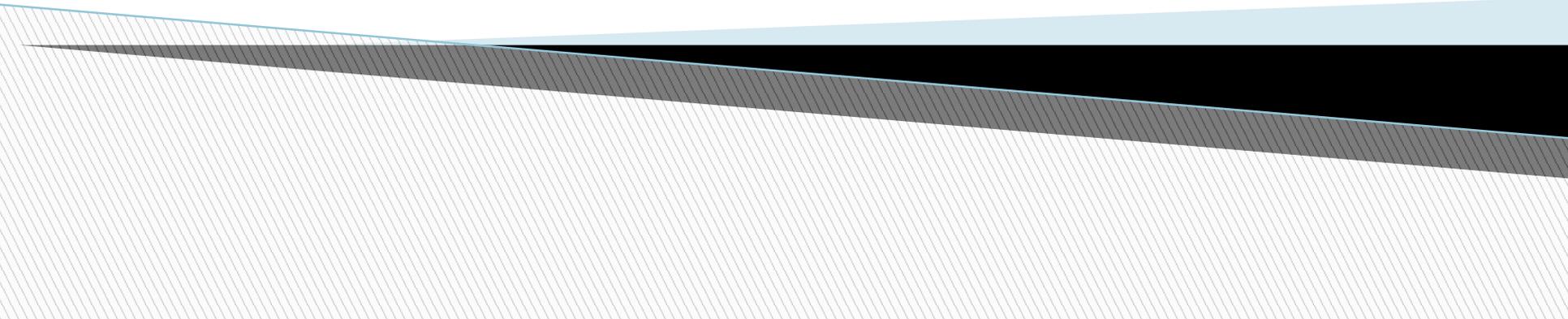


Экономика государственного и муниципального сектора здравоохранение



Цель экономики здравоохранения - достигнуть максимального эффекта в оказании медицинской помощи при заданных затратах.

Задачи:

- определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства;
- изучение тенденций в изменении структуры здравоохранения.
- расчет экономических ресурсов и их эффективное использование;
- расчёт и оценка эффективности лечебно-диагностической и профилактической работы учреждений здравоохранения;
- экономическое обоснование новых организационных форм медицинской деятельности;
- разработка и оценка эффективных форм оплаты труда медицинских работников;
- расчёт нормативов деятельности специалистов, а также оптимального соотношения медицинских работников (врач и средний медицинский работник).

Законодательство о здравоохранении

- Конституция РФ;
- ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» № 1499-1;
- ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ;
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- - Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. №468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации»;
- - Указ Президента РФ от 30 апреля 2008 г. № 656 «Об организации охраны психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»;
- - Постановление Правительства РФ №965 «О порядке признания граждан инвалидами»;
- - Постановление Правительства РФ №646 "О вредных и (или) опасных производственных факторах и работах, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядке проведения этих осмотров (обследований)».
- Федеральные целевые программы

Основные принципы планирования в здравоохранении:

- ▣ **Системный подход.** Его сущность состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы. При системном подходе в управлении здравоохранением система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).
- ▣ **Сочетание отраслевого и территориального планирования.** Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) представляет собой часть общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, его муниципальных образований.
- ▣ **Выделение приоритетных направлений.** Этот принцип особенно значим для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов. Он предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами.
- ▣ **Директивность планов.** Этот принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям обязателен 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.
- ▣ **Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.** Этот 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.
- ▣ **Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.** Этот принцип действует в условиях формирования в здравоохранении рыночных отношений. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны в первую очередь предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения гарантированной (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, сбалансировано, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

**Цель планирования –
удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи**

Виды планирования:

- ▣ *функционально-отраслевое*** – осуществляется высшим органом управления здравоохранения: составление планов развития научных исследований, медицинского и фармацевтического оборудования, утверждение нормативов обеспечивающих население медицинской помощью, утверждение единой номенклатуры медицинских организаций и их типовых положений, утверждение штатных нормативов медицинских организаций

- ▣ *программно-целевое*** – позволяет выделить основные цели и задачи на планируемый период, разработка мероприятий по их выполнению с участием различных подразделений, позволяет планировать оздоровительные мероприятия (направленные на снижение профзаболеваемости, инфекционной заболеваемости)

Методы планирования в здравоохранении

Аналитический метод — используется для оценки исходного и достигнутого уровней при сопоставлении плана и анализе его выполнения; планируется: обеспеченность населения врачебным и средним медицинским персоналом, больничными койками; показатели объема медицинской помощи (процент госпитализаций, среднее число посещений на одного жителя в год); функция врачебной должности; функция больничной койки (оборот койки) и др.

Сравнительный метод – составная часть аналитического, дает возможность определить направление процессов развития, оценить различные показатели (заболеваемость, смертность и др.) в динамике в пространстве (при сопоставлении их с аналогичными показателями других административных территорий) и во времени (при сопоставлении их за ряд лет)

Балансовый метод – обеспечивает пропорциональность развития здравоохранения между реальными возможностями и плановыми показателями, позволяет вскрыть намечающиеся диспропорции во время выполнения плана; используется при составлении межотраслевых балансов (балансов подготовки кадров и роста сети больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений и др.)

Экспертный метод – высокопрофессионален, независим, но не всегда учитывает традиции страны

Экономико-математический метод – применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана, наиболее часто используют линейное программирование, теорию массового обслуживания и метод статистических испытаний.

Нормативный метод – основа при планировании государственной системы здравоохранения, его основа – использование норм и нормативов, утвержденных МЗ; применяется при составлении любого плана, основанного на использовании балансового метода, т. е. во всех случаях, когда необходимо обеспечить пропорциональность развития. Данный метод также широко применяется при разработке и исполнении бюджета и сметы учреждений здравоохранения.

Нормы и нормативы в здравоохранении

- ▣ **Норма** – количественный показатель состояния окружающей среды, лечебно-профилактической помощи, деятельности медицинских организаций в конкретных организационно-технических условиях.
- ▣ **Норматив** – расчетный показатель, который характеризует совокупность средств, необходимых для достижения установленной нормы при определенных типовых организационно-технических условиях.

В здравоохранении действуют нормы и нормативы:

- ▣ по сфере применения: местные и отраслевые
- ▣ по сроку действия: временные и условно постоянные
- ▣ по способу построения: единые и типовые
- ▣ по методу обоснования: научно-обоснованные, статистические, опытные, усредненные
- ▣ по единице измерения: нормы времени, нормы нагрузки, обслуживания, численности персонала, материальных затрат и т. п.

Нормы и нормативы могут быть:

- **а) социальными** – направлены на удовлетворение потребности населения в медицинской помощи (обеспеченность врачами общей практики и участковыми терапевтами) и **экономическими** – направлен на обеспечение финансовой и хозяйственной деятельности лечебно-профилактических организаций;
- **б) минимальными** – отражают уровень необходимых на данном этапе социально-экономического развития условий жизнедеятельности людей и потребности здравоохранения в ресурсах, ниже которых происходит нарушение нормального процесса функционирования системы охраны здоровья и **рациональными** – ориентированы на полное удовлетворение потребностей населения и отрасли;
- **в) комплексные** – характеризуют социально-экономические аспекты управления и обеспечения населения медицинской помощью и **частные** – характеризуют отдельные стороны протекающих процессов.

Нормативные документы при формировании стоимости медицинской услуги

- - Налоговый кодекс;
- - Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей" (в ред. от 01.05.2017 г.);
- - Постановление Правительства РФ от 07.03.1995 № 239 "О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов) (в ред. от 27.12.2017г.);
- - Постановление Правительства РФ от 20.02.2001 № 132 "Об утверждении Перечня медицинских услуг по диагностике, профилактике и лечению, оказываемых населению, реализация которых независимо от формы и источника их оплаты не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость";
- - Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временной), утвержденной Министерством здравоохранения № 01-23/4-10 и Российской академией медицинских наук № 01-02/41 от 10.11.1999 (в ред. от 27.12.2017г.);
- - Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Министерством экономики от 06.12.1995 № СИ-484/7-982;
- - Приказами Минздравсоцразвития России от 10.04.2001 № 113 "О введении в действие Отраслевого классификатора "Простые медицинские услуги" и от 16.07.2001 № 268 "О введении в действие Отраслевого классификатора "Сложные и комплексные медицинские услуги".

Методика определения потребности населения в поликлинической помощи:

1. В основе планирования лежит количество посещений, которое определяется числом населения:

$$K = \frac{L \cdot N}{1000}$$

К - планируемое количество посещений,

Л - норматив посещений в год,

Н - число населения территории

2. Норматив посещений зависит от плановой функции врачебной должности:

$$\Phi_{\text{п}} = (\text{нагрузка на приеме} + \text{нагрузка дома}) \times 282$$

3. Фактическая функция врачебной должности

$$\Phi_{\text{ф}} = \frac{\text{число посещений за год}}{\text{число занятых должностей}}$$

4. Определение потребности населения во врачах определяется нормативом посещений по всем видам:

В - необходимое количество врачебных должностей,

Л - норматив посещений в год,

Н - количество населения,

Фп - плановая функция врачебной должности.

$$B = \frac{L \cdot N}{\Phi_{\text{п}}}$$

5. Норматив врачебных должностей на 10000 населения:

$$N = \frac{L \cdot 10000}{\Phi_{\text{п}}}$$

Л - норматив посещений в год,

Фп - плановая функция врачебной должности.

Методика определения потребности населения в стационарной помощи

1. Потребность в госпитализации по территории:

$$P = \frac{L \cdot N}{1000}$$

L - норматив уровня госпитализации,
N - количество населения.

2. Определение числа койко-дней на 1000 населения:

$$K_d = Y \times T$$

Y - уровень госпитализации,

T - среднее время пребывания на койке

3. Плановая функция койки:

$$F_{kp} = \frac{D}{T}$$

D - среднегодовая занятость койки,

T - среднее время пребывания на койке.

4. Потребность в койках:

$$K = \frac{P}{F_{pk}}$$

P - потребность в госпитализации,

K - потребность в койках

Формула Розенфельда:

$$K = \frac{N \cdot P \cdot T}{D \cdot 1000}$$

K - потребность в койках,

N - число населения,

P - потребность в госпитализации,

T - среднее время пребывания на койке,

D - среднегодовая занятость койки

Формирование стоимости платной услуги

$$Ц = P_c + P_p + H$$

где: P_c - себестоимость услуги;

P_p - прибыль;

H - налоги на услугу (НДС, который определяется в соответствии с действующим законодательством РФ).

Расчет себестоимости платной медицинской услуги осуществляется по формуле:

$$R_c = R_{пр} + R_{косв}, \quad \text{где: } R_{пр} - \text{прямые расходы;} \\ R_{косв} - \text{косвенные расходы.}$$

К прямым расходам относятся затраты, технологически связанные с осуществлением услуги и потребляемые в процессе ее оказания:

- оплата труда основного персонала;
- начисления на оплату труда основного персонала;
- медикаменты, перевязочные средства, одноразовые медицинские принадлежности и др.;
- износ мягкого инвентаря по основным подразделениям;
- амортизация оборудования, используемого непосредственно при оказании медицинской услуги.

К косвенным расходам относятся затраты, необходимые для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;
- хозяйственные расходы (расходные материалы и предметы снабжения, оплата услуг связи, коммунальных услуг, текущего ремонта и т.д.);
- износ мягкого инвентаря в общеучрежденческих подразделениях, обслуживающих лечебно-диагностический процесс, но не участвующих непосредственно в оказании медицинских услуг;
- амортизация зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
- прочие расходы.