

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Организация и управление здравоохранением»

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Организация и управление здравоохранением», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.

Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


Д.Г. Багдасарян

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

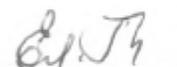
И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук


О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин

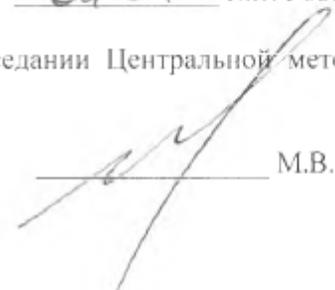
протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК


Е.В. Говерловская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК


М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Организация и управление здравоохранением» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....5
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Организация и управление здравоохранением» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....10
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Организация и управление здравоохранением» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....14
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа39
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Организация и управление здравоохранением» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....129
6. Методические рекомендации по написанию контрольных работ по дисциплине «Организация и управление здравоохранением» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....168

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для
преподавателей
по дисциплине «Организация и управление здравоохранением»**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Раздел 2. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций

Занятие № 1

Тема. Методы финансового менеджмента для оценки активов

Цель: изучении методов финансового менеджмента для оценки активов организаций

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- выявлять механизмы финансового менеджмента в организациях здравоохранения;
- раскрывать роль финансового менеджмента в организациях здравоохранения;
- применять балансовый метод оценки активов организации;
- выявлять деловую активность организации.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Механизм финансового менеджмента
2. Роль финансового менеджмента
3. Балансовый метод оценки активов
4. Деловая активность организации

Формируемые компетенции: ОПК-6, ПК-4, ПК-10.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Механизм финансового менеджмента; роль финансового менеджмента; балансовый метод оценки активов; деловая активность организации

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

Тема. Управление и структура капитала организации

Цель: изучение основных методов управления и структуры капитала организации

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- выявлять экономическую сущность и основные принципы управления капиталом;
- выявлять основные методы управления собственным капиталом;

– выявлять информационно-коммуникационное обеспечения управления организациями;

– выявлять системно-структурные особенности руководства организациями

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом
2. Управление собственным капиталом
3. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Формируемые компетенции: ОПК-6, ПК-4, ПК-10.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом; управление собственным капиталом; информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

Тема. Оплата труда медицинских работников

Цель изучения оплаты труда медицинских работников, форм и систем оплаты труда.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- выявлять рынки труда и заработной платы;
- применять формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения;
- проводить анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников;
- раскрывать основные понятия эффективного контракта;
- рассматривать индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Рынок труда и заработная плата.
2. Формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения
3. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
3. Понятие эффективного контракта.

4. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Формируемые компетенции: ОПК-6, ПК-4, ПК-10.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Рынок труда и заработная плата; формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения; анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников; понятие эффективного контракта; индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательств о, год	Кол- во
Л1.1	А.И. Вялкова, Кучеренко В.З., Райзберг Б.А.	Управление и экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / -М.: ГЭОТАР - Медиа, - http://www.studmedlib.ru	М.:ГЭОТАР -Медиа, 2015	
Л2.2	А.В. Решетников	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник /–3-е изд. перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2015.–192с.–режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательств о, год	Кол- во
Л.3. 1	Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко	Экономика и управление социальной сферой [Электронный ресурс] / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, экономический факультет и др. – Москва : издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 496 с. : ил. – режим доступа: по подписке. – url: http://biblioclub.ru	«Дашков и К°», 2018	

Л.3. 2	В.А., Медик	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : Учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Гэотар-Медиа, 2015. –288с. – режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Экономика и управление социальной сферой [Электронный ресурс] / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, экономический факультет и др. – Москва : издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 496 с. : ил. – режим доступа: по подписке. – url: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник /–3-е изд. перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2015.–192с.– режим доступа: http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090 026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
<p>1. MicrosoftOffice 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.</p> <p>2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий.</p> <p>3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.</p> <p>4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017</p> <p>5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.</p> <p>6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.</p> <p>7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.</p> <p>8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»</p> <p>9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017</p> <p>10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»</p> <p>11. Система электронного тестирования VeralTestProfessional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>				

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для
студентов**

по дисциплине «Организация и управление здравоохранением»

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Раздел 2. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций

Занятие № 1

Тема. Методы финансового менеджмента для оценки активов

Цель: изучении методов финансового менеджмента для оценки активов организаций

Перечень практических навыков:

- выявлять механизмы финансового менеджмента в организациях здравоохранения;
- раскрывать роль финансового менеджмента в организациях здравоохранения;
- применять балансовый метод оценки активов организации;
- выявлять деловую активность организации.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Механизм финансового менеджмента
2. Роль финансового менеджмента
3. Балансовый метод оценки активов
4. Деловая активность организации

Краткое содержание темы:

Механизм финансового менеджмента; роль финансового менеджмента; балансовый метод оценки активов; деловая активность организации

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

Тема. Управление и структура капитала организации

Цель: изучение основных методов управления и структуры капитала организации.

Перечень практических навыков:

- выявлять экономическую сущность и основные принципы управления капиталом;
- выявлять основные методы управления собственным капиталом;
- выявлять информационно-коммуникационное обеспечения управления организациями;
- выявлять системно-структурные особенности руководства организациями

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом
2. Управление собственным капиталом
3. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Краткое содержание темы:

Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом; управление собственным капиталом; информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

Тема. Оплата труда медицинских работников

Цель: изучение оплаты труда медицинских работников, форм и систем оплаты труда.

Перечень практических навыков:

- выявлять рынки труда и заработной платы;
- применять формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения;
- проводить анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников;
- раскрывать основные понятия эффективного контракта;
- рассматривать индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Рынок труда и заработная плата.
2. Формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения
3. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
3. Понятие эффективного контракта.
4. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Краткое содержание темы:

Рынок труда и заработная плата; формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения; анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников; понятие эффективного контракта; индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л1.1	А.И. Вялкова, Кучеренко В.З., Райзберг Б.А.	Управление и экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / -М.: ГЭОТАР - Медиа, - http://www.studmedlib.ru	М.:ГЭОТАР -Медиа, 2015	
Л2.2	А.В. Решетников	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник /–3-е изд. перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2015.–192с.–режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л.3. 1	Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров,	Экономика и управление социальной сферой [Электронный ресурс] / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский	«Дашков и К°», 2018	

	Т.В. Науменко	государственный университет имени М. В. Ломоносова, экономический факультет и др. – Москва : издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 496 с. : ил. – режим доступа: по подписке. – url: http://biblioclub.ru		
Л.3. 2	В.А., Медик	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : Учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Гэотар-Медиа, 2015. –288с. – режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Экономика и управление социальной сферой [Электронный ресурс] / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, экономический факультет и др. – Москва : издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 496 с. : ил. – режим доступа: по подписке. – url: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник /–3-е изд. перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2015.–192с.– режим доступа: http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090 026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
<p>12. MicrosoftOffice 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.</p> <p>13. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий.</p> <p>14. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.</p> <p>15. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017</p> <p>16. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.</p> <p>17. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.</p> <p>18. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.</p> <p>19. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»</p> <p>20. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017</p> <p>21. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»</p> <p>22. Система электронного тестирования VeralTestProfessional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>				

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для
самостоятельной работы студентов
по дисциплине «Организация и управление здравоохранением»**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Раздел 1. Социальные и этические аспекты эффективности системы здравоохранения

Тема 1. Общие понятия об экономических методах принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы
2. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении
3. Роль экономических методов управления на уровне муниципального здравоохранения и отдельных ЛПУ
4. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений

Вопросы для самопроверки:

1. Каково отличительное свойство гражданского общества
2. Каковы основные черты экономических отношений пациента и врача
3. Какова роль государственного управления в повышении эффективности системы здравоохранения
4. В чем выражается управленческая практика государства в сфере социальной политики

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

С целью выработки важного управленческого решения, вам поручено определить с кем ваша медицинская организация должна установить договорные отношения и на каких условиях. Для этого установите взаимосвязи между субъектами макроэкономической корпорации здравоохранения (укажите стрелками на схеме 1.)



Схема 1. Субъекты экономических отношений здравоохранения как макроэкономическая корпорация.

Перечень тем рефератов:

1. Общественное здоровье и здравоохранение.
2. Экономика здравоохранения как научная дисциплина
3. Медицина как социальная практика
4. Макроэкономическая корпорация здравоохранения

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Доходы в учреждениях здравоохранения России разрешены в следующих формах:

- а) доходы от собственности но приносящей доходы деятельности;
- б) доходы от рыночных продаж товаров и услуг;

- в) доходы в виде безвозмездных поступлений от приносящей доходы деятельности других организаций;
- г) все ответы верны.

2. Какой основополагающий документ в законодательстве РФ содержит следующее положение: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»:

- а) Федеральный закон от № 323-ФЗ;
- б) Федеральный закон № 83-ФЗ;
- в) статья 41 Конституции РФ;
- г) Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»?

3. Какой из перечисленных действующих нормативных правовых документов наиболее полно регулирует вопросы предоставления платных медицинских услуг населению в Российской Федерации:

- а) постановление Правительства РФ №27 от 13.01.1996 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- б) приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 06.08.1996 № 312 « Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования»;
- в) приказ Минздрава России от 18.03.2002 №85 «О работах и услугах, оказываемых учреждениями Госсанэпидслужбы России по договорам с гражданами, индивидуальными индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами»;
- г) постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг»;

4. Вставьте недостающее, наиболее полное, понятие в определение: «На основе... возможна передача некоторых функции учреждений здравоохранения как хозяйствующих субъектов сторонним организациям»:

- а) аутсорсинга;
- б) медицинского клининга;
- в) информационных технологии;
- г) бухгалтерского учета,

5. В соответствии с правилами оказания платных медицинских услуг в случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор:

- а) расторгается;
- б) сохраняется;
- и) требует судебного разбирательства;
- г) пролонгируется.

6. В случае отказа потребителя после заключении договора от получения медицинских услуг и расторжения договора:

- а) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю все запланированные исполнением расходы;
- б) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы;
- в) потребитель (заказчик) свободен от финансовых обязательств;
- г) все ответы верны.

7. Бюджетному учреждению здравоохранения законодательно:

- а) разрешается реализовать имущество стоимостью свыше 100 тыс. руб. без согласования с учредителем;
- б) не разрешается заключать договор финансового лизинга;
- в) установлена возможность заключать договор финансового лизинга;
- г) разрешается открывать счета в банках.

8. Без согласия пациента (потребителя, заказчика) исполнитель (медицинская организация, врач) не вправе предоставлять:

- а) дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
- б) дополнительные медицинские услуги на безвозмездной основе;
- в) транспортные услуги;
- г) все ответы неверны.

Раздел 2. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций

Тема 2. Методы финансового менеджмента для оценки активов

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Механизм финансового менеджмента
2. Роль финансового менеджмента
3. Балансовый метод оценки активов
4. Деловая активность организации

Вопросы для самопроверки:

1. Почему здравоохранение можно охарактеризовать как выражение сути социальной политики государства
2. Каковы нравственные аспекты социальной политики государства в области здравоохранения
3. Каковы ключевые понятия, т.е. аксиоматика, управленческой науки
4. Что входит в понятие «менеджмент»

Решение ситуационных задач:

Задание 1. Больной М. 45 лет, обратился в платную поликлинику, где был поставлен диагноз «аппендицит». Пациенту предложена госпитализация на штатных условиях в одну из клиник города, на которую он согласился. В клинике первоначальный диагноз был подтвержден. Больной заключил договор на операцию и лечение по поводу выявленного заболевания, также была внесена соответствующая лечению предварительная плата.

Ход операции на начальном этапе соответствовал исходному диагнозу, однако в конце операции после удаления аппендикса было выяснено, что изменения не соответствуют картине первоначального диагноза. Выполнена срединная лапаротомия, разрез расширен кверху. При ревизии брюшной полости обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Произведено ушивание прободной язвы. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан через 27 дней. После проведенного лечения больному было предложено доплатить за проведенную операцию и пребывание в стационаре.

Вопросы и задания

1. Исходя из изложенной ситуации, кто несет ответственность за диагностическую ошибку; на каких основаниях предложена доплата за лечение и кто обязан ее произвести?

Перечень тем рефератов:

1. Технологии обеспечения качества в медицине и стандартизация здравоохранения

2. История возникновения управленческой науки
3. Концептуальный аппарат управленческой науки
4. Отношения собственности и организационно-правовые фонды деятельности в здравоохранении.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

1. Отличительное свойство гражданского общества с точки зрения управления это:

- а) подчиненность государству;
- б) самоорганизация;
- в) подчиненность обычаям;
- г) раздробленность.

2. Дополните определение понятия государства «государство - это институты, законы, территория, население...»:

- а) представители администрации;
- б) язык;
- в) Конституция;
- г) глава государства;

3. Каковы две главные функции управления государством:

- а) идеологии и экономика;
- б) право на легитимное насилие и публично-правовое согласование интересов представителей гражданского общества;
- в) внутренняя и внешняя политика
- г) социальная политика и производство

4. Каковы последствия неуправляемости государством:

- а) неповиновение руководству;
- б) распил института семьи;
- в) коррупция и присвоение чужой собственности;
- г) война всех против всех?

5. Политика это:

- а) управление, включающее регулирование интересов граждан, организаций, партий, социальных слоев, наций, межгосударственных отношений;
- б) искусство возможного;
- в) рискованная деятельность в условиях с неопределенным результатом;
- г) совокупность средств и методов, направленных на достижение поставленной цели.

6. Право это:

- а) свобода, определенная законом;
- б) справедливость, определенная законом;
- в) совокупность общеобязательных социальных норм, устанавливаемых и охраняемых государством;
- г) наука, изучающая социальные нормы и правила,

7. Гражданское общество - это:

- а) совокупность свободных и равных граждан в рамках государства;
- б) союз независимых от государства граждан и организации, активно сотрудничающих с государствам;
- в) сфера частных, экономических, материальных интересов и целей частных граждан общества
- г) социальное пространство, в котором люди связаны и взаимодействуют между собой, будучи независимыми как друг от друга, так и от государства индивидами.

8. Медицинские учреждения выступают как субъекты:

- а) конституционного права;
- б) гражданского права;
- в) уголовного права;
- г) все ответы верны.

Тема 3. Управление оборотным капиталом в медицинских организаций

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Состав и структура оборотного капитала
2. Управление внеоборотными активами
3. Управление заемным капиталом
4. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций
5. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы основные функции управления
2. Какова специфика управления в сфере здравоохранения
3. Каково соотношение рыночных и государственных регуляторов в сфере здравоохранения
4. Что такое «цикл управленческой деятельности»

Решение ситуационных задач:

Задание 1. В учреждении здравоохранения поставлена задача модернизации основных фондов. Решение данной задачи связано с подготовкой помещений медицинского учреждения, переоснащением подразделений новой медицинской техникой, переобучением имеющегося кадрового состава, приглашением к работе новых специалистов, мотивацией персонала, информационным обеспечением организации.

Вопросы и задания

1. Что из перечисленных управленческих действий в большей степени является стратегией, а что тактикой?
2. Какие теоретические знания менеджмента вам понадобятся для решения данной практической ситуации?

Перечень тем рефератов:

1. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика
2. Дополнительные источники финансирования медицинских услуг.
3. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
4. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении.
5. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения.

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

1. Дополните определение «....- это комплексное решение проблем, связанных с формированием подразделений организации, учетом, контролем, бизнес планированием;

- а) стратегия;
- б) прибыль
- в) связь с общественностью
- г) работа с персоналом

2. Социология - это наука:

- а) о социальных отношениях между людьми в гражданском обществе, осуществляющихся в статусно-ролевых позициях;
- б) об обществе;
- в) о социальном поведении людей;
- г) об изучении общественного мнения.

3. Менеджмент как цикл управления делится:

- а) на независимые части;
- б) на части, каждая из которых содержит все остальные;
- в) на организационные части;
- г) все ответы неверны,

4. Политическая культура - это:

- а) специфические познавательные и поведенческие ценности в политике, эффективные на практике и согласующиеся со стандартами нравственности;
- б) личное духовное богатство индивида;
- в) плюрализм творческих установок и форм самовыражения отдельных организаций, направленных на воспроизводство и обновление своего существования;
- г) набор психологических установок отдельных лиц и организаций в политической сфере.

5. Лидер - это

- а) руководитель, осуществляющий представительские функции управления;
- б) руководитель, навязывающий свою волю подчиненным и преследующий при этом собственные цели, отличные от целей организации;
- в) руководитель, координирующий, организующий, контролирующий и мотивирующий своих подчиненных в соответствии с целью организации;
- г) первый среди равных.

6. Власть - это:

- а) мотивация (экономический ресурс);
- б) принуждение (административный ресурс);
- в) совокупность управленческих структур (институциональный ресурс);
- г) убеждение (информационно-коммуникационный ресурс).

7. Менеджмент – это:

- а) наука и идеология;
- б) функции, методы, принципы и приемы успешного руководства коммерческими и некоммерческими организациями;
- в) социальный слой и его культура;
- г) социальный институт как организационная единица.

8. Политическая установка прежде всего должна быть:

- а) выражена с помощью абстрактных определений науки;
- б) представлена в виде социального действия;
- в) институционализована;
- г) проявлена в художественных образах средствами искусства и массовой культуры.

Тема 4. Управление и структура капитала организации

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом
2. Управление собственным капиталом
3. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы основные положения теории управления М. Вебер
2. Назовите основные виды экономических ресурсов
3. Из каких структурных элементов складываются ресурсы медицинских организации
4. Каковы главные проблемы кадрового обеспечения здравоохранения

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Распределите альтернативные источники финансирования учреждения здравоохранения на внутренние и внешние:

- средства добровольного медицинского страхования;
- благотворительные средства;
- доходы от платных медицинских услуг на основе прямых договоров с гражданами сверх программы госгарантий;
- кредиты банков (для автономных учреждений);
- эффективное использование имеющихся финансовых средств:
- доходы от аренды;
- продажа технологий лечения, научно-методической медицинской информации;
- накопления на депозитных счетах в банках;
- накопление фонда амортизации.

Задание 2

По словам главы Минздрава России В. И. Скворцовой, из профессии ежегодно уходят 50 тыс. врачей, из них 15 тыс. находят другую работу, «остальные либо умирают на работе, либо уходят на пенсию». Дефицит кадров составляет порядка 40 тыс. специалистов. Что вы можете предложить, для исправления данной ситуации?

Задание 3

На выполнение Программы по развитию кадров медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы на 2012 - 2017 гг. запланирован общий объем финансирования (из бюджета г. Москвы) - 16 491326,50 тыс. руб., в том числе по годам:

Годы	2013	2014	2015	2016	2017
Объем финансирования, тыс. руб.	3030038,6	3186930,9	3302 648,0	3445046,8	3526602,2

Задание 4

Численность и структура медицинских кадров г. Москвы характеризуется следующими показателями.

На 1 января 2012 г, численность медицинских работников в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы составляла 169209 чел., из них:

- врачи, чел, 45558; .
- врачи участковые (терапевты, педиатры, врачи общей практики), чел.- 4979;
- средний медицинский персонал, чел, - 85542;
- средний медицинский персонал, работающий с врачами участковыми (терапевтами, педиатрами, врачами общей практики), чел, 4797.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:1,9.

Является ли оптимальным такое соотношение врачей и среднего медицинского персонала?

Перечень тем рефератов:

1. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении.

2. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении.
3. Финансовая среда здравоохранения.
4. Финансирование здравоохранения.
5. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению.

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Бюджетная модель финансирования здравоохранения:

- а) основывается на сборе налогов, па которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется объем расходов на здравоохранение;
- б) основывается преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование;
- в) основывается на субвенции Территориальному фонду обязательного медицинского страхования;
- г) все ответы верны.

2. Источниками финансирования учреждений здравоохранения в условиях одноканального финансирования системы обязательного медицинского страхования должны является:

- а) бюджеты разных уровней;
- б) средства медицинского страхования;
- в) доходы от платных медицинских и сервисных услуг населению;
- г) все ранее перечисленное.

3. Общественная результативность здравоохранения не должна оцениваться:

- а) по величине полученных доходов от медицинской деятельности;
- б) по степени защищенности населения в области охраны здоровья;
- в) по степени реализации прав пациентов;
- г) по увеличению продолжительности жизни, увеличению рождаемости, снижению заболеваемости населения.

4. При определении преимущественных видов медицинской деятельности и объемов необходимых средств должны быть решены несколько групп вопросов:

- а) вопросы соотношения полученного результата и вложенных средств;
- б) вопросы справедливого использования общественных ресурсов, выделяемых на здравоохранение;
- в) вопросы ценностей общества в сфере медицинской помощи;
- г) все ответы верны,

5. На сегодняшний день состояние кадровых ресурсов характеризуется.

- а) дефицитом медицинских работ икон;
- б) чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных юродах;
- я) дефицитным соотношением численности младшего и среднего медицинского персонала к общей численности врачей;
- г) вес ответы верны.

6. Вставьте пропущенный термин в определение: «Цена экономического выбора, или вмененные издержки, есть цена жизненных благ или доходов, которых мы лишаемся, когда выбираем иной вариант действий. В здравоохранении это экономическое понятие проявляются при определении..., возникающего вследствие роста заболеваемости населения»:

- а) объема финансовых средств;
- б) экономического ущерба;
- в) объема материальных ресурсов.

г) все ответы неверны,

7. Стремиться к удешевлению оборотных фондов, элементом которых являются лекарственные препараты, применяемые в учреждении здравоохранения, порой невыгодно:

а) так как применение дешевых лекарственных препаратов зачастую не приносит экономическую выгоду обществу в целом;

б) поскольку дешевые лекарственные препараты, входящие элементом в оборотные фонды учреждения здравоохранения, могут обладать незначительным медицинским эффектом;

в) так как неэффективное дешевое лекарство ведет к увеличению сроков лечения и, как следствие, к удорожанию лечебного процесса, что в медицине означает дешево - не значит экономно;

г) все ответы верны,

8. Эффективность системы здравоохранения зависит:

а) от качества исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками, определяемого их знаниями и мотивацией к работе;

б) от уровня заработной платы врачей;

в) от уровня заработной платы медицинских сестер;

г) от объемов финансирования здравоохранения государством.

Тема 5. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении

2. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций

3. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения

4. Количественный и качественный анализ при принятии управленческих решений

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы политические и социологические аспекты управления

2. В чем сущность стратегического планирования организации

3. Каковы основные принципы и функции контроля в организации

4. Что такое управление

5. Какими основными чертами должен обладать руководитель – лидер организации

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Американская фирма Burger King, работающая в сфере общественного питания, построила (как и многие другие высокодоходные организации фастфуда) свою ценовую политику на корпоративной идее организации или обед за 10 долл, с бифштексом, или фирменный сэндвич за 1,5 долл.

В чем, на ваш взгляд, финансовая суть стратегического планирования деятельности организации такого рода, направленная на обслуживание общественных потребностей населения?

Перечень тем рефератов:

1. Факторы, определяющие эффективность медицинской помощи.

2. Методы расчета стоимости болезни.

3. Характеристика метода «затрат-эффекты».

4. Характеристика частной системы здравоохранения РФ.

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Главное отличие западной традиции менеджмента - это:

- а) оптимизация локальном коммерческой прибыли;
- б) функциональная модель управления;
- в) дивизиональная модель управления;
- г) управление с помощью Совета директоров.

2. Закончите правильно высказывание: «В менеджменте, прежде чем организовывать дело, решите, насколько ваша организация...»:

- а) престижна;
- б) богата;
- в) управляема;
- г) доступна.

3. Главное из перечисленного: «Управление это...»:

- а) сила;
- б) знание;
- в) территория;
- г) богатство.

4. Функциональное управление определяется;

- а) функциями персонала;
- б) функциями руководства;
- в) узкой специализацией по родам деятельности;
- г) преобладанием формальных методов при разработке функций руководства.

5. В определении выбора цели в процессе управления: «выбор цели это разработка обеспечивающих планов, указаний по принятию решений и действий (таких как политика, стратегии, процедуры, правила, бюджеты)» пропущено:

- а) указание вышестоящей организации;
- б) опрос населения;
- в) определение ресурсов организации;
- г) определение миссии и задач (долгосрочных, среднесрочных, краткосрочных).

6. Согласно японской традиции менеджмента, если что-то не работает, то надо:

- а) подать иск в суд;
- б) пожаловаться в фирму;
- в) снова прочитать инструкцию;
- г) доработать изделие,

7. Договор о намерениях это:

- а) учредительный документ;
- б) заявление в государственную структуру;
- в) уведомление персоналу;
- г) предварительный договор, в котором зафиксированы обоюдные желания и намерения сторон сотрудничать на договорной основе, не налагающий финансовые и юридические обязательства, но вызывающий взаимное доверие.

8. В менеджменте прибыль это:

- а) внутренняя проблема организации;
- б) государственная проблема;
- в) производственная проблема;
- г) финансовая проблема.

Тема 6. Бухгалтерский и управленческий учет в организации здравоохранения

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета
2. Процессы управленческого учета: бюджетирования, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат

Вопросы для самопроверки:

1. С какими субъектами финансовой системы взаимодействует учреждение здравоохранения
2. Каким образом оплачивается медицинская помощь в дневных стационарах
3. В чем отличие бухгалтерского учета от управленческого
4. Каковы показатели эффективности использования управленческого учета в организациях здравоохранения.

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Исходные данные: руководство Департамента здравоохранения города против развития платной медицинской деятельности в медицинских учреждениях, находящихся в его ведении,

Вопросы и задания

1. На основе каких Федеральных законов РФ (или других нормативных правовых документов) Департамент здравоохранения может запретить платную медицинскую деятельность в учреждениях здравоохранения города и в каких случаях?
2. Какие социально-политические задачи должен решать Департамент здравоохранения?
3. Какие методы контроля над платной медицинской деятельностью могут применять органы исполнительной власти в условиях коммерциализации здравоохранения?

Задание 2

Исходные данные

Руководством Медицинского университета принято решение оборудовать телестудию для применения телемедицины в лечебно-диагностическом процессе и оказывать консультативную помощь на коммерческой основе другим организациям здравоохранения. Исходные данные на содержание телестудии представлены в табл. 3.1

Таблица 3.1

Затраты на содержание телестудии (в расчете на одну ставку сотрудника)

Наименование затрат (в среднем) в год	Величина затрат в год
Фонд оплаты труда (ФОТ) персонала	123 831 руб.
Начисления на оплату труда	30% от ФОТ
Медикаменты	-
Предметы медицинского назначения	-
Амортизации оборудования	18000 руб.
Услуги связи	770 руб.
Коммунальные платежи	8160 руб.
Текущий ремонт зданий	1781 руб.
Трансферты (на книги и т.п.)	1068 руб.
Общехозяйственные расходы	1232 руб.
Прочие расходы (канцтовары, обслуживание оргтехники, методические материалы)	6082 руб.
Содержание административно-хозяйственной части (ЛХЧ)	22020 руб.

Общее количество медицинских услуг 600 консультации (и год).

Вопросы и задания

1. Найдите себестоимость содержания телестудии в расчете на одну медицинскую услугу (в год).
2. Консультацию проводят два доктора медицинских наук, профессора. Рассчитайте затраты на оплату труда двух консультантов в расчете на одну медицинскую услугу данных специалистов, если затраты на оплату одной консультации одного профессора составляют 3500 руб., с учетом обязательных платежей в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, в общей сумме равных 30% от затрат на оплату одной консультации.
3. Определите цену одной услуги телемедицины с учетом оплаты труда консультантов (с начислениями).
4. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины.
4. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины.
5. Исходя из ранее проведенных расчетов, получает ли телестудия прибыль? Есть ли выгода в работе для консультанта и телестудии?

Перечень тем рефератов:

1. Бухгалтерский учет, как информационная система
2. Измерители, применяемые в бухгалтерском учете
3. Задачи бухгалтерского учета и предъявляемые к нему требования на современном этапе.
4. Цели и концепции финансового учета
5. Принципы финансового учета
6. Взаимосвязь финансового и управленческого учета

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

1. В основе ABC - метода лежит группировка затрат:

- а) по видам продукции и услуг;
- б) по функциям производства, видам работ и услуг;
- в) по центрам ответственности;
- г) все ответы верны.

2. Бюджетирование возможно:

- а) только в коммерческих организациях;
- б) только в бюджетных учреждениях;

3. В основе бухгалтерского учета положен принцип:

- а) денежного измерения;
- б) обязательного документирования;
- в) двусторонности, или двойной записи;
- г) все ответы верны.

4. Управленческий учет характеризуют следующие положения:

- а) задача управленческого учета - получить информацию о ходе производственного процесса в отдельной хозяйственной единице с целью принятия точных управленческих решений;
- б) организация управленческого учета не регламентируется государством;
- в) применение управленческого учета имеет добровольный характер;

г) все ответы верны.

5. В бухгалтерском учете запись о поступлении средств принято называть:

- а) учетной;
- б) дебетовой;
- в) кредитовой;
- г) бухгалтерской,

6. В бухгалтерском учете запись о месте размещения средств называют:

- а) дебетовой;
- б) учетной;
- в) балансовой;
- г) финансовой.

7. Основное отличие бюджетирования от финансового планирования заключается:

- а) в составлении финансового плана;
- б) делегировании финансовой ответственности;
- в) составлении бюджетов;
- г) все ответы неверны,

8. Учетная политика учреждения здравоохранения должна быть утверждена:

- а) приказом или распоряжением руководителя государственного муниципального учреждения здравоохранения;
- б) приказом Минздрава России;
- в) постановлением Правительства РФ;
- г) распоряжением главного бухгалтера учреждения здравоохранения.

9. Золотым правилом бухгалтерского учета является:

- а) принцип двойной записи;
- б) «нет бухгалтерской записи без документа»;
- в) ведение счетов;
- г) заполнение счета-фактуры.

Тема 7. Диагностика финансово-хозяйственной деятельности и показатели финансового состояния

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Предмет, цели и задачи экономического анализа.
2. Виды экономического анализа
3. Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения
4. Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения
5. Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации
6. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы показатели эффективности использования материальных ресурсов организации здравоохранения?
2. Является ли сформированная полная себестоимость медицинской услуги условием финансовой устойчивости учреждения здравоохранения, и если да, то почему?
3. Каковы показатели эффективности управления финансовыми ресурсами ТФОМС?
4. Каковы показатели эффективности использования трудовых ресурсов организации здравоохранения?

Решение ситуационных задач:

Задание 1

Исходные данные

Предположим, что на реализацию территориальной программы ОМС в субъекте РФ поступило 490,1 млн. руб., па них 795 млн. руб. на неработающее население. Данная сумма предусматривала покрытие всех расходов медицинских учреждений по всем статьям экономической классификации. В субъекте РФ проживало 1308,7 тыс. чел., на них 530.9 тыс. чел. – неработающие. Территориальная программа ОМС является частью территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ), для выполнения ТПГГ из регионального бюджета дополнительно поступило 2104,7 млн. руб., из муниципального бюджета еще 1237,4 млн. руб. (на ОМС неработающего населения).

Примечание

1. Количество субъектов РФ в зависимости от размера подушевого норматива ПГГ в 2007 г. (источник Минздрав России, 2009) указано в таблице 2, ниже.

Подушевой норматив, руб./год	Количество субъектов РФ
От 1723,5 до 3000	9
От 3001 до 6000	59
От 6001 до 22377,1	19
Средневзвешенный показатель - 5150,4 руб.	Россия

2. Порядок расчета страхового взноса на ОМС неработающего населения;

$$СВ_{\text{ОМС}} = УТ_{\text{СВ}_{\text{ОМС}}} \times КД \times КУС_{\text{м.у}}$$

где $УТ_{\text{СВ}_{\text{ОМС}}}$ - утвержденный тариф страхового взноса ОМС неработающего населения, который составляет 18864,6 руб.;

КД – коэффициент дифференциации для субъектов РФ;

КУС – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг

3. Дополнительная информация для сравнения результатов расчетов:

- с 2012 г, для упорядочения поступления финансовых средств для всех регионов страны определена единая ставка страховых взносов на ОМС неработающего населения;

– субвенции ФФОМС' на одно застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили 8260,7 руб.;

– в расчете на одного жителя (бюджет субъекта РФ в среднем) в 2015 г. 3338,4 руб.

Вопросы и задания

1. Какова величина страховых взносов на одного застрахованного работающего гражданина и одного застрахованного неработающего гражданина до поступления средств из региональной и муниципального бюджетов и после?

2. Сравните величину страховых взносов на работающего и неработающего гражданина в данном субъекте РФ. Должны ли эти величины быть равны?

3. Есть ли дефицит финансирования территориальной ПГГ в данном субъекте РФ за счет средств ОМС, если субвенции ФФОМС на одного застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили 8260,7 руб.?

Задание 1

Организация здравоохранения приняла решение о расширении платной медицинской деятельности и установлении средней цены на платные медицинские услуги в размере 300 руб. Определите рентабельность предоставления медицинской услуги по цене 300 руб., если совокупные затраты при оказании данной медицинской услуги составляют 200 руб., а налог на прибыль составляет 0%.

Примечание: эффективность использования финансовых ресурсов бюджетного учреждения здравоохранения может быть измерена с помощью расчета рентабельности платной медицинской деятельности по формуле:

Рентабельность = (Чистая прибыль: Затраты) x 100%.

Рентабельность - это относительное выражение прибыли.

Чистая прибыль - это прибыль после уплаты налогов организацией здравоохранения, ведущий платную медицинскую деятельность.

Перечень тем рефератов:

1. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе здравоохранения.
2. Государственно-частное партнерство в здравоохранении.
3. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации.

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. Дефицит средств для реализации территориальной программы ОМС покрывается:

- а) субвенциями ФФОМС;
- б) местным бюджетом;
- в) доходом от платных медицинских услуг
- г) все ответы неверны

2. Социально приемлемым вариантом сокращения программы ОМС является:

- 1) исключение на Программы отдельных видов медицинской помощи (например, отдельных видов стоматологической помощи для взрослых);
 - 2) предоставление отдельных видов помощи только определенным контингентам населения;
 - 3) введение доплат населения за оказанную помощь;
 - 4) при превышении сроков стационарного лечения пациентом оплачивается часть стоимости каждого дня госпитализации?
- а) все ответы верны;
 - б) все ответы неверны;
 - в) верны первые два утверждения;
 - г) верно только первое утверждение.

3. Вставьте в текст недостающее положение «... применяется метод финансирования по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности персонала, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи»:

- а) в дневном стационаре;
- б) в круглосуточном стационаре;
- в) в амбулаторно-поликлиническом звене;
- г) в санаторно-курортном комплексе.

4. За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая:

- а) диспансеризацию;
- б) ЭКО;
- в) профилактическую помощь;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

5. Функции страховщика как субъекта системы ОМС РФ выполняет:

- а) Федеральный фонд ОМС;
- б) страховая компания;
- в) медицинская организация;
- г) работодатель.

6. Федеральный фонд ОМС создает:

- а) страховой запас;
- б) резервы финансовых средств на выполнение программы модернизации здравоохранения субъектов РФ;
- в) резерв финансирования профилактических мероприятий;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

7. Из определения понятия клинико-статистической группы (КСГ) следует, что основными ее характеристиками являются:

- а) профиль медицинской помощи;
- б) перечень диагнозов;
- в) усредненный набор услуг диагностики и лечения, позволяющий оценить среднюю ресурсоемкость;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

8. Субъект РФ самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе:

- а) оплаты законченного случая лечения;
- б) подушевого норматива;
- в) КПП, объединяющих заболевания; КСГ, объединяющих заболевания; возможны сочетания обоих способов оплаты при различных заболеваниях;
- г) оплаты медицинской услуги.

Тема 8. Экономические, финансовые и организационно-управленческие модели для организации управления

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Экономическая модель управления организацией
2. Финансовая модель управления организацией
3. Организационно-управленческая модель управления организацией

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы показатели эффективности управления финансовыми ресурсами страховой медицинской организации?
2. Какие существуют методы экономического анализа?
3. Какие показатели характеризуют общественную результативность работы учреждения здравоохранения?
4. Каковы основные характерные черты частной системы здравоохранения?
5. Из каких разделов состоит бизнес-план организации здравоохранения?

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Исходные данные

Показатель прироста госпитализированных больных от снижения показателя среднего числа дней пребывания больного:

$$\Pi = \frac{K \times D_0}{C_p} - \frac{K \times D_0}{C_0} = \frac{2728 \times 320}{14,2} - \frac{2728 \times 320}{15,2} = 4045 \text{ чел.}$$

где Π - прирост числа госпитализированных пациентов;

K - число коек в больницах региона - 2728;

D_0 - число дан использования койки в отчетном году 320 ли.;

C_0 - Среднее число дней пребывания пациента в отчетном году 15,2 дн.;

C_p - расчетное число дней пребывания пациента в больнице 14,2 дн.

Снижение показателя среднего числа дней пребывания больного - 1 день.

Если добиться снижения среднего пребывания пациентов в городских больницах с 15,2 до 14,2 дня, то число дополнительных госпитализированных больных при прочих равных условиях составит 4045 чел. В этом случае количество коек, которое потребовалось бы для госпитализации такого количества пациентов, можно определить по формуле:

$$K = \frac{\Pi \times D_0}{C_0}$$

Стоимость ввода одной койки 11 тыс. руб.

Текущие расходы на содержание одной койки 600 руб. в день.

Вопросы и задания

1. Рассчитайте полученный экономический эффект в результате снижения среднего числа дней пребывания пациентов в больницах региона.

2. Определите, чему были бы равны общие затраты на развертывание дополнительного числа коек (в год), или иначе, величина сэкономленных средств, в результате снижения показателя среднего числа дней пребывания больного на 1 день?

Перечень тем рефератов:

1. Исторические этапы развития системы здравоохранения.

2. Актуальные вопросы развития здравоохранения в России.

3. Актуальные вопросы развития здравоохранения в зарубежном опыте.

Фонд тестовых заданий по теме № 8:

1. В каком случае предоставление медицинских услуг приносит прибыль:

а) валовой доход превышает валовые издержки;

б) цена превышает валовые средние издержки;

в) валовые издержки превышают валовой доход;

г) все ответы верны?

2. Финансово-экономический анализ базируется:

а) на данных бухгалтерского учета и вероятностных оценках будущих факторов хозяйственной жизни;

б) на аналитических расчетах;

в) на управленческих решениях;

г) на выявлении основных факторов, вызывающих изменения в финансово-экономическом состоянии организации здравоохранения.

3. Результат анализа это:

а) финансовая отчетность;

б) документ в виде аналитической записки (отчета);

в) горизонтальный анализ;

г) факторный анализ,

4. Анализ финансовых результатов включает;

а) расчет показателей прибыли и рентабельности, эффективности использования ресурсов;

б) исследование изменений каждого показателя за текущий анализируемый период, динамики изменения показателей за ряд отчетных периодов, структуры соответствующих показателей и ее изменений;

в) исследование влияния отдельных показателей на конечный результат при - быть;

г) все ответы верны.

5. Методика расчета факторных влияний на прибыль от реализации продукта включает:

а) расчет влияния на прибыль экономии от снижения себестоимости медицинской услуги;

б) расчет влияния на прибыль (доход) изменений отпускных цен на реализованный продукт медицинского труда;

в) расчет влияния на прибыль изменений в объеме реализованных медицинских услуг.

г) все ответы верны.

6. В качестве конечного финансового результата деятельности учреждения здравоохранения можно рассматривать:

а) полное покрытие целевых текущих расходов за счет целевого использования доходов (финансовых поступлений из разных источников), достижений своеобразной точки безубыточности;

б) прибыль учреждения здравоохранения;

в) арендную плату;

г) все ответы неверны.

7. Эффективность использования финансовых ресурсов БУЗ отражают следующие виды доходов:

а) заработная плата медицинского персонала;

б) выручка;

в) прибыль, полученная в результате платной медицинской деятельности;

г) все ответы верны.

8. Средние издержки определяются путем:

а) деления общих издержек (ТС) на соответствующим объем производства услуг (Q) данной организации здравоохранения;

б) сложения постоянных и переменных издержек;

в) вычитания постоянных издержек из дохода организации здравоохранения;

г) все ответы неверны.

9. Операционный рычаг определяется формулой:

а) $\frac{R-T}{R} \times 100$

б) $\frac{R-VC}{r}$

в) $FC + VC$

г) $\frac{FC}{P_i - VC_i}$

10. Базой для экономических расчетов и финансового анализа служат такие документы финансовой отчетности медицинского учреждения, как:

а) баланс государственного (муниципального) учреждения, отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности;

б) отчет о финансовых результатах деятельности учреждения;

в) инвентаризационная книга;

г) все ответы верны.

Тема 9. Оплата труда медицинских работников

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Рынок труда и заработная плата.

формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения

2. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
3. Понятие эффективного контракта.

Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Вопросы для самопроверки:

1. Что такое фонд оплаты труда (ФОТ)?
2. Чем отличается понятие производительность труда и интенсивность труда?
3. Какова главная цель внедрения новых систем оплаты труда?
4. Как измерить затраты труда медицинского работника?
5. Какие системы оплаты труда вам известны?
6. Что такое смешанная форма оплаты труда?

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Исходные данные:

Предположим, в терапевтическом отделении Центральной районной больницы города N количество врачей составляет 20 чел., средний медицинский персонал- 45 чел., младший медицинский персонал – 32 чел. По критериям качества распределяется 500000 руб. стимулирующих выплат.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. Определите размеры выплат стимулирующего характера по каждой категории кадрового состава терапевтического отделения данной больницы.

Задание 2.

Исходные данные:

Имеются следующие данные по оценке работы медицинского персонала в течение месяца:

- медицинская сестра набрала 22 балла;
- лечащий врач – 30 баллов;
- главный врач (руководитель организации) – 47 баллов.

При этом доля от выручки, предназначенная на выплаты стимулирующего характера данному персоналу, составила 90900руб. в месяц.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. На основе системы оценки работы медицинского персонала, сделайте расчет дополнительной оплаты труда медицинского персонала, оказывающего услуги в организации здравоохранения на коммерческой основе.
3. Какие факторы, необходимо дополнительно включить в данную таблицу, а какие, наоборот исключить из нее.
4. Составить таблицу «Многофакторная система аналитической оценки работы» для своей организации.

Задание 3.

Исходные данные:

При определении ФОТ в медицинских учреждениях систем государственного и муниципального здравоохранения применяется один из двух вариантов расчета:

- 1) $\text{ФОТ} = \text{Годовой ФЗП в соответствии с утвержденным штатным расписанием} + \text{Выплаты компенсационного характера} + \text{Выплаты стимулирующего характера}$;
- 2) $\text{ФОТ} = \text{Заработная плата основного персонала} \times (1 + \text{коэффициент доплат})$.

Напоминаем, что доплата – это выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер за дополнительные трудозатраты работника. Выплаты стимулирующего характера возможны, если есть доходы от оказания платных медицинских услуг.

Предположим, в поликлинике N применяется второй способ расчета годового ФОТ. Базовый ФОТ медицинских работников подразделения поликлиники составил 6 млн. руб. в год. В отделении работает 10 медицинских сотрудников и реализуется в месяц 300 платных посещений и 5500 посещений по обязательному медицинскому страхованию. Коэффициент доплат составляет 0,2. Для нахождения значения статьи расходов «Оплата труда» в расчете на одно посещение можно использовать следующую формулу:

Оплата труда на одно посещение = $\text{ФОТ} / \text{Количество посещений}$

Вопросы и задания

1. Рассчитайте среднюю величину оплаты труда, приходящуюся на одну платную медицинскую услугу, если в расчет тарифа включается средняя величина заработной платы сотрудника, получаемая им по основной ставке с учетом доплат компенсационного характера.
2. Какую величину оплаты труда в среднем дополнительно получает каждый сотрудник в месяц в качестве выплат стимулирующего характера за счет платных медицинских услуг.
3. Оцените интенсивность труда медицинских работников данного подразделения и ответьте на вопрос: могут ли они увеличить прием платных пациентов.

Задание 4.

Исходные данные:

предположим, повышающий коэффициент за период у врача К. составляет 0,9; понижающий - -0,5. Оклад врача составляет 30000 руб. в месяц.

Дополнительная информация:

По условию задания заработная плата среднего медицинского персонала рассчитывается исходя из сложившегося соотношения средней заработной платы врачебного и среднего медперсонала в данном учреждении здравоохранения.

Вопросы и задания:

1. Какова сумма выплат врачу за период с учетом повышающих и понижающих коэффициентов.
2. Определите стимулирующую часть заработной платы.
3. Составьте самостоятельно таблицу повышающих и понижающих коэффициентов медсестринского персонала, приведите пример и сделайте аналогичный расчет.

Перечень тем рефератов:

1. История возникновения управленческой науки.
2. Концептуальный аппарат управленческой науки.
3. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении.
4. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения.
5. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении.

Фонд тестовых заданий по теме № 9:

1. Эффективный контракт – это:

- а) трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- б) система критериев и показателей эффективности деятельности персонала;

- в) оплата труда за внутреннее совместительство должностей;
- г) конкретизация должностных функций работника, показателей и критериев оценки эффективности его труда.

2. О предстоящих изменениях условий трудового договора, а также о причинах, вызвавших необходимость таких изменений, работодатель обязан уведомить работника:

- а) в устной форме за один месяц;
- б) письменной форме не позднее чем за два месяца;
- в) письменной форме не позднее чем за один месяц;
- г) все ответы неверны.

3. Заработная плата – это:

- а) повременная заработная плата, зависящая от количества отработанного времени;
- б) оплата либо за количество, либо за степень исполнения работы;
- в) смешанная форма оплаты труда, сочетающая повременную и сдельную;
- г) денежное вознаграждение, выплачиваемое организацией работнику за выполненную работу.

4. Должностной оклад – это:

- а) выплата, носящая компенсационный характер;
- б) выплата за ненормированный рабочий день;
- в) месячный размер оплаты труда, зависящий от занимаемой должности и требований к квалификации;
- г) выплаты, носящие регулярный характер, связанные с результатами труда работника.

5. В коммерческих организациях здравоохранения системы оплаты труда:

- а) выбираются организацией самостоятельно;
- б) определяются Минздравом России;
- в) определяются распоряжениями органов исполнительной власти субъектов РФ;
- г) выбираются работниками.

6. Затраты труда медицинского работника в терапии измеряются:

- а) количеством созданного продукта в единицу времени;
- б) отработанным временем;
- в) количеством записавшихся на прием пациентов;
- г) количеством пролеченных пациентов.

7. многофакторная система оценки работ медицинского персонала сочетает в себе:

- а) повременную форму оплаты труда;
- б) оценку качества и нормирования труда;
- в) способы профессионального отбора медицинских работников;
- г) все ответы верны.

8. Доплата – это:

- а) выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер, за дополнительные трудовые затраты работника;
- б) стимулирующая выплата, носящая постоянный или временный характер, за ненормированный рабочий день, стаж работы и т.д.;
- в) стимулирующая выплата, носящая как регулярный, так и разовый характер, связанная с результатами труда работника;
- г) все ответы неверны.

Тема 10. Планирование деятельности организации здравоохранения

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Характеристика частной системы здравоохранения РФ
2. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе
3. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы основные характерные черты частной системы здравоохранения?
2. В каких формах развивается государственно-частное взаимодействие?
3. Что понимается под термином «государственно-частное партнерство»?
4. Какие основные положения необходимо отразить в организационном плане в условиях бизнес-планирования инновационной деятельности учреждения здравоохранения?
5. какие основные особенности можно выделить при характеристике каждой из существующих систем здравоохранения?

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

Создайте раздел бизнес-плана «Оценка рисков» для частнопрактикующего семейного врача. Опишите возможные финансово-экономические, технические и социальные риски в его деятельности и пути их преодоления.

Задание 2.

Для создания бизнес-плана по созданию коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице команда отдела маркетинга данной медицинской организации решила применить метод «мозгового штурма». Составьте гипотетический бизнес-план. Для этого продумайте содержание следующих разделов бизнес-плана путем ответов на некоторые вопросы.

Раздел первый. Резюме.

1. каковы цель и задачи (социальные и коммерческие) создания коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице?

Раздел второй. Характеристика медицинских и сервисных услуг.

1. Какие медицинские и сервисные услуги будут предложены на платной основе?

Раздел третий. Анализ положения дел в отрасли.

1. Какие нормативные правовые акты, налогообложение и другие факторы внешней среды влияют на результаты деятельности данного медицинского учреждения?

Раздел четвертый. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

1. каков прогноз объема реализации платных медицинских услуг с учетом конкуренции?

Раздел пятый. План реализации платных и сервисных медицинских услуг.

1. Какова потребность медицинских организаций в помещении, оборудовании, медикаментах, материалах и каковы требования к трудовым ресурсам?

Раздел шестой. План маркетинга.

1. Каков прогноз цен и услуг конкурентов при сравнительном анализе цен и услуг данного отделения?

Раздел седьмой. Управление и права собственности.

1. Какова организационная структура управления, распределение обязанностей по управлению деятельностью данного отделения?
2. Кому принадлежит данное отделение городской больницы?
3. Возникают ли арендные отношения?

Раздел восьмой. финансовый план.

1. Нужны ли заемные средства для реализации данного проекта?

2. Данное отделение обеспечит результатами своей деятельности самоокупаемость или будет приносить прибыль городской больнице?

Раздел девятый. Оценка и страхование рисков.

1. Каковы финансово-экономические, технические и социальные риски?

По каждому вопросу нужно дать предположительный ответ.

Задание 3.

Инновационный бизнес - план нацелен на создание «Дома сестринского ухода», предполагающего медицинские и сервисные услуги, новую систему организации сестринского ухода за больными пожилого возраста и гарантирующего надлежащее качество медицинских услуг, соответствующее стандартам медицинской помощи по конкретным нозологическим формам. «Дом сестринского ухода» представляет собой автономную некоммерческую организацию. Этот организационно-правовой статус позволяет ему действовать автономно, на основе договоров. Здание будущего «Дома сестринского ухода» находится в удовлетворительном состоянии, располагается в центре города с удобными подъездными транспортными маршрутами. Имеет большую прилегающую территорию, достаточную для парковки автомобилей и другого транспорта. Перестройка здания возможна и не будет представлять больших трудностей. В радиусе 50 км. от города находится два лечебных учреждения, одно из которых, а именно ЛДЦ «Ваш доктор», могло бы в будущем составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Однако климатические условия региона затрудняют передвижение населения по территории больше часть года, в связи с чем можно предположить, что по этой причине конкуренция будет слабой. В самом городе имеются лечебные учреждения, которые не могут составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Компания «Лекарь», включающая в свою структуру больницу, в ближайшие три года будет испытывать значительные трудности с персоналом. Также она не может в настоящее время покрывать расходы на свое содержание, так как потребность района составляет 150 коек, а больница располагает 400 койками. Это создает для нее финансовую неустойчивость и ослабляет как конкурента.

Вопросы и задания:

1. Каковы конкурентные преимущества создаваемого «Дома сестринского ухода» в аспекте специализации деятельности и системы организации ухода за больными и престарелыми людьми и другие преимущества?

2. Составьте таблицу «Общая характеристика конкурентов». Ответьте на вопрос: кто-нибудь из конкурентов предлагает сестринские медицинские услуги по уходу за пожилыми людьми в данном регионе?

3. Какой социальный эффект достигается в регионе благодаря созданию «Дома сестринского ухода»?

Перечень тем рефератов:

1. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении.

2. Финансовая среда здравоохранения.

3. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению.

4. Механизмы ценообразования на фармацевтическом рынке России.

5. Экономические особенности цены медицинской услуги.

Фонд тестовых заданий по теме № 10:

1. Отдел маркетинга санатория должен объединять действия в области:

а) сбыта

- б) рекламы
- в) цен и качества медицинских и сервисных услуг
- г) все ответы верны.

2. SWOT- анализ включает:

- а) анализ слабых сторон данной организации
- б) оценку сильных сторон организации, оценку слабых сторон организации, возможности и угрозы в деятельности организации
- в) вероятности появления новых медицинских услуг
- г) альтернативные стратегии

3. Организационный план не содержит сведения:

- а) о форме собственности
- б) о партнерах по бизнесу
- в) об аккредитации медицинской организации
- г) о применяемой методике ценообразования в области медицинских и сервисных услуг

4. Самоанализ медицинской организации проводится на основе:

- а) сбора информации о финансах, материально-технической базе подразделений
- б) оценки кадрового состава по уровню квалификации, возрасту, стажу
- в) изучение спроса населения на предлагаемой в бизнес-плане медицинские услуги
- г) все ответы верны

5. Мера по снижению производственных рисков в медицинской организации не является:

- а) действенный контроль над ходом лечебного процесса
- б) отношения региональной власти к развитию бизнеса
- в) применение импортозамещающих комплектующих и товаров медицинского назначения
- г) дублирования поставщиков

6. К основным механизмам государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения относятся:

- а) концессия: участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- б) сделки по привлечению инвестиции в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности
- в) создание некоммерческих организаций
- г) лизинг, франшиза, аутсорсинг.

7. Финансовый план как раздел бизнес-плана организации здравоохранения не включает:

- а) сведения о партнерах по бизнесу
- б) расчет порога безубыточности
- в) объемы реализации медицинских услуг в денежном выражении
- г) баланс доходов и расходов.

8. Вставьте недостающий термин: «Государственно-частное партнерство является одним из способов государственных функций»:

- а) аутсорсинга;
- б) лизинга;
- в) франшизы;
- г) использования.

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Авторы: Д.Г. Багдасарян

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Организация и управление здравоохранением»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Раздел 1. Социальные и этические аспекты эффективности системы здравоохранения

Тема 1. Общие понятия об экономических методах принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций

Здравоохранение - это система, направленная на создание и укрепление здоровья нации, каждого человека, поддержание активной долголетней жизни граждан, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья. В экономическом аспекте здоровье выступает как социальный и личный ресурс для повседневной жизни. Здравоохранение имеет характеристику отрасли социальной сферы экономики, и именно в этом смысле выступает предметом изучения.

К основным принципам охраны здоровья граждан относятся:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Соблюдение этих принципов является приоритетной основой экономической и управленческой деятельности в сфере здравоохранения.

Отраслевые экономические науки в качестве предмета рассматривают особенности происходящих в обществе экономических процессов в определенной отрасли или группе отраслей народного хозяйства. В качестве примера можно привести такие дисциплины, как экономика промышленности, строительства, сельского хозяйства, транспорта, фармацевтики, сферы услуг.

Значительное своеобразие здравоохранения привело к возникновению экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения изучает экономические отношения, объективно складывающиеся в процессе осуществления медицинской деятельности (это предмет изучения).

Экономика здравоохранения не может существовать в отрыве от родственных ей экономических наук и медицины. У *экономической теории* экономика здравоохранения заимствует терминологию. *Прикладные экономические науки* (бухгалтерский учет, финансы, кредит и т.п.) привлекаются для исследований на микроуровне (т.е. на уровне отдельной организации здравоохранения). *Специальные экономические науки* (экономическая статистика, хозяйственное право и т.п.) - для исследований на макро- и мезо- уровнях (например, экономическая статистика, анализируя экономику в целом, часто использует те же методы исследования, что и медицинская статистика).

Экономика здравоохранения - это наука о функционировании здравоохранения как отрасли народного хозяйства; наука о социальной ответственности и экономической целесообразности в поведении органов управления здравоохранением; наука об экономических законах и экономических отношениях в конкретных условиях предоставления и потребления медицинских услуг, об объективно ограниченных ресурсных возможностях и возрастающих потребностях в услугах здравоохранения.

Экономические отношения здравоохранения по форме, содержанию и социально-экономической природе отображают деятельность макроэкономической корпорации,

соединяющей разнопрофильные производства, отрасли и секторы экономики, регулируемые государством и прямо или косвенно обслуживающие здравоохранение. Каждый из субъектов данной макроэкономической корпорации здравоохранения имеет свои особые функции. Государство имеет функцию глобального регулирования, направленного на улучшение здоровья населения.

Здравоохранение - это система, направленная на создание и укрепление здоровья нации, каждого человека, поддержание активной долголетней жизни граждан, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья. Здравоохранение представлено следующими структурами: Минздрав России, Министерства здравоохранения субъектов РФ, департаменты, комитеты, управления здравоохранения, учреждения и организации здравоохранения, медицинские работники, пациенты.

Поставщики экономических ресурсов для здравоохранения в условиях развивающейся рыночной экономики осуществляют взаимосвязи с отраслью здравоохранения на основе договорных отношений и призваны согласовывать свои экономические интересы с интересами социальной сферы, к которой принадлежит здравоохранение. Общественные организации в здравоохранении призваны осуществлять гражданский контроль, особенно в области качества медицинской помощи и осуществления прав пациентов и медицинских работников.

Действия каждого субъекта здравоохранения должна направлять общая социальная цель - сохранение и улучшение здоровья населения. С позиций экономики здоровье - это социальный и личный ресурс для повседневной жизни. Общественное здоровье - это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов, оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности; а в экономическом смысле - общественный (социальный) ресурс. Подчеркнем, что долговременной прямой связи между общественным здоровьем и затратами на охрану здоровья нет (такую корреляцию можно выявить лишь в краткосрочном периоде).

Уровень развития экономики часто определяет уровень развития здравоохранения, возможный уровень удовлетворения социальных потребностей, и наоборот, процесс удовлетворения социальных потребностей создает условия жизнедеятельности человека. Эти условия характеризуются категорией «качество жизни». Качество жизни является измерителем благосостояния и формируется в том числе под влиянием такого фактора, как здоровье населения. И наоборот — развитие здравоохранения в немалой степени зависит от уровня его финансирования, что, в свою очередь, зависит от развития экономики, главным экономическим ресурсом которой являются кадровые ресурсы, обладающие трудоспособностью и дееспособностью. Индикатором эффективной связи экономики и здравоохранения является улучшение показателей качества жизни, обусловленного состоянием здоровья. Общее здоровье обычно определяется как состояние полного физического, психического и социального благополучия; отсутствие болезней или физических дефектов.

Экономика здравоохранения как научная дисциплина преимущественно изучает три уровня экономических отношений в здравоохранении: макро-, мезо- и микроэкономический уровень.

Макроэкономический уровень отражает экономические отношения, складывающиеся между отраслью здравоохранения и государством. На данном уровне определяется, какая доля ВВП и финансовых средств федерального бюджета государства должна быть выделена на охрану здоровья, какие факторы оказывают на это влияние, по каким

критериям выбирается социально ориентированная модель здравоохранения, отвечающая общественным целям и сложившимся экономическим условиям.

Мезоуровень отражает экономические действия и интересы самой отрасли здравоохранения.

На **микрoэкономическом уровне** исследуются экономические отношения внутри медицинской организации и ее взаимодействие с внешней средой, вопросы оплаты труда медицинского и вспомогательного персонала, организация и нормирование труда как неотъемлемая функция управления, вопросы финансирования медицинских учреждений и характер экономических связей с системой обязательного медицинского страхования (ОМС).

Экономическая сущность каждой из групп экономических отношений в здравоохранении в целом характеризуется следующим:

- 1) **экономические отношения производства.** *Производство (создание) благ медицинского назначения* - это процесс превращения ресурсов в услуги здравоохранения и медицинские товары;
- 2) **экономические отношения распределения.** *Распределение* - это определение долей и объемов благ медицинского назначения, поступающих субъектам экономической деятельности;
- 3) **экономические отношения обмена.** *Обмен* - это процесс предоставления социальных благ медицинского назначения хозяйствующим субъектам взамен экономических ресурсов;
- 4) **экономические отношения потребления.** *Потребление* - это удовлетворение потребностей в социальных благах медицинского назначения.

Медицина и здравоохранение выступают особой сферой государственных интересов, входят в систему национальной безопасности. Поэтому роль государства в регулировании экономических отношений, складывающихся между людьми в процессе производства, распределения, обмена и потребления благ медицинского назначения, всегда будет значимой. Главным объектом и субъектом экономических отношений в здравоохранении выступает пациент.

Пациент - лицо, которому оказывается разовая, временная или постоянная медицинская помощь и связанные с ней услуги или в отношении которого осуществляется медицинское воздействие.

Специфика пациента как объекта экономических отношений заключается в том, что он выступает самоценной личностью, а не средством достижения экономических результатов, в том числе в здравоохранении.

Как субъект экономических отношений пациент, взаимодействуя с организацией здравоохранения, врачом, страховой медицинской организацией и т.п., неизбежно вступает в экономические отношения обмена, распределения и потребления и даже может повлиять на процесс производства (создание) благ медицинского назначения.

Права пациента - специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, реализуемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

В частности, гражданин Российской Федерации имеет право выбора медицинской организации и врача в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹.

¹ Приказ Минздрава России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации»

Застрахованное лицо - главный субъект системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

В целом *субъектами ОМС* выступают застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд ОМС (ФФОМС).

Участниками ОМС являются территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Каждый из субъектов и участников системы ОМС выполняет специфические функции.

В социальном аспекте на ФФОМС лежат следующие функции:

- достичь результатов рассмотрения жалоб;
- информировать о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- вести прием застрахованных лиц;
- осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- защищать права застрахованных лиц (в досудебном и судебном порядке).

Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) имеет социальные функции, которые в основном повторяют функции ФФОМС, только в рамках конкретной территории.

В рамках компетенции страховой медицинской организации как участника системы ОМС возможны следующие действия:

- 1) оформление полисов ОМС единого образца;
- 2) информационное сопровождение пациента на всех этапах (начиная от выбора медицинской организации до госпитализации);
- 3) контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) достижение результата рассмотрения обращений и жалоб;
- 5) защита прав и законных интересов застрахованных лиц (в досудебном и судебном порядке).

Медицинская организация в системе ОМС выполняет следующие социальные функции:

- 1) бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС;
- 2) предоставление информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет;
- 3) предоставление сведений о наличии свободных мест в медицинской организации в целях госпитализации, сроках ожидания, показателях доступности и качества медицинской помощи, информирование о стоимости оказанной медицинской помощи.

Экономические аспекты защиты прав врача также рассматривают медицину как социальную практику.

Врач - это специалист, который, будучи принят в установленном порядке в медицинскую школу, должным образом признанную в стране, в которой она находится, успешно завершил предписанный курс медицинских наук и получил квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику, диагностику, лечение и реабилитацию.

Профессия врача связана с определенной степенью риска. Интересно заметить, что здравоохранение в соответствии с классификацией отраслей (подотраслей) экономики по классам профессионального риска отнесено к 01 классу². Класс профессионального

при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

² Правила отнесения отраслей (подотраслей) экономики к классу профессионального риска рассматриваются в постановлении Правительства РФ от 01.12.2005 № 713 «Об утверждении Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального

риска для отрасли (подотрасли) экономики определяется *величиной интегрального показателя профессионального риска*. Ранее предусматривалось 14 классов профессионального риска (для сравнения, 14-й класс - добыча угля подземным способом). С выходом постановления Правительства РФ от 01.12.2005 № 713 «Об утверждении Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска» и приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 2э. 12.2012 № 625н «Об утверждении Классификации видов экономической деятельности по классам профессионального риска» измерение профессионального риска для врача осуществляется следующим образом.

Интегральный показатель профессионального риска рассчитывается по формуле $ИП = (ВВ/ФОТ) 100$,

где ИП - интегральный показатель профессионального риска по отрасли (подотрасли) экономики, выраженный в процентах;

ВВ - сумма в возмещение вреда, начисленная в отрасли (подотрасли) экономики в истекшем календарном году (2,9% от фонда оплаты труда - в Фонд социального страхования);

ФОТ - размер фонда оплаты труда в отрасли (подотрасли) экономики, на который начислены взносы в Фонд социального страхования РФ в истекшем календарном году.

Риск связан с возможностью причинения вреда застрахованному, находящемуся в ведении Фонда социального страхования, в результате несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний при исполнении им трудовых обязанностей.

Экономические отношения «врач - пациент» также имеют свои особенности. На квазирынке медицинских услуг врач находится и со стороны спроса», и со стороны «предложения», что делает невозможным действие классического рыночного механизма в полном объеме. Возможно девиантное поведение пациента как потребителя медицинских услуг, проявляющееся в «форсировании спроса». Это особым образом характеризует экономическую услугу в области здравоохранения как категорию.

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

Все блага можно разделить на четыре вида в соответствии с двумя критериями («исключаемость из потребления» и «конкурентность») (табл. 1.2):

- 1) исключаемое общественное коллективное благо;
- 2) общее благо;
- 3) чистое частное благо;
- 4) чистое общественное благо.

Последнее как общественный товар состоит из крупных единиц и не может быть продано индивидуальному покупателю. Люди могут пользоваться выгодами от такого товара, не неся издержек по его приобретению (армия, полиция, санэпиднадзор, охрана окружающей среды и т.п.).

Медицинская услуга как рыночная экономическая категория - это услуга социального сектора, **выступающая** как общественное или частное благо. Это благо предоставляется в форме деятельности, часто не имеет материального выражения, существует только в момент оказания (получения). Также медицинская услуга - это благо, предоставляемое в форме медицинской деятельности определенного вида и объема и существующее в момент получения. Это благо может выступать в форме товара, нацелено на удовлетворение социальных потребностей, не существует отдельно

от производителя (медицинского работника), производство данной услуги и ее потребление происходят одновременно.

Таким образом, социальная сфера, в том числе здравоохранение, есть сфера производства услуг и сопутствующих товаров, являющихся преимущественно общественными благами. Однако ряд услуг могут выступать чистыми частными благами. В силу специфики экономических свойств медицинской услуги рыночные отношения в здравоохранении возможны, но имеют ряд ограничений и особенностей.

Все это характеризует социальный сектор как комплекс отраслей хозяйства, выполняющих функции обеспечения материальных и духовных потребностей населения, это совокупность расходов на социальную помощь, социальное страхование и социальные услуги. Эти же функции выполняет и здравоохранение.

Экономические особенности социального сектора заключаются в том, что социальный сектор обеспечивает социальные потребности общества, создает условия для жизнедеятельности человека, организует обслуживание процесса потребления с целью удовлетворения спроса населения на социальные услуги. В социальном секторе производятся как материальные, так и нематериальные услуги, используются финансовые, материальные и трудовые ресурсы, осуществляется инвестиционное обеспечение. В этом смысле социальный сектор можно рассматривать как организованное производство, где *социальные критерии являются определяющими*.

Фактически *социальный сектор* должен решать *следующие вопросы*:

- 1) как предпочтения потребителей превратить в цели, преследуемые государством;
- 2) какие блага поставлять обществу;
- 3) как эти блага поставлять наиболее эффективно?

Социальный сектор выполняет следующие функции:

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

В социальный сектор экономики включаются:

- здравоохранение;
- физическая культура;
- социальное обеспечение;
- просвещение;
- культура и искусство;
- наука и научное обеспечение;
- страховое обслуживание;
- управление;
- деятельность общественных организаций и некоторые другие виды деятельности, создающие благоприятные условия для жизни.

Критериями отнесения той или иной отрасли к сфере нематериального производства могут служить следующие:

социальная направленность услуг: цель предоставления услуг - удовлетворение социальной потребности человека;

совпадение условий производства и потребления услуг: потребитель может оценить полезность услуги только после акта «производство - потребление» и заранее не имеет возможности оценить ее качество;

возможности хранения и транспортировки - общим критерием является невозможность хранения и транспортировки услуг (деятельность, где это возможно, относится к продолжению производства в сфере обращения товаров и услуг);

связь услуги с ее производителем - услуга не существует отдельно от производителя, и в процессе ее производства (предоставления) осуществляется личный контакт потребителя и производителя.

По этим причинам медицинская услуга как экономическая категория имеет следующие характерные черты:

- 1) ограниченность действия принципа исключаемости из потребления, т.е. отсутствие способа исключения индивида из процесса пользования этими благами;
- 2) трудность нормирования;
- 3) трудность выражения в стоимостной (денежной) форме;
- 4) число пользователей этих услуг может превышать число покупателей этих услуг, особенно когда речь идет о чистых общественных благах (например, программах борьбы с эпидемиями и т.п.);
- 5) неделимость, т.е. часто возникающая невозможность предоставления этих благ отдельным лицам.

Таким образом, большинство услуг социальной сферы, в том числе и здравоохранения, обладают этими характеристиками не полностью имеют товарную природу. Поэтому возможно участие в предоставлении этих благ как государства, так и частной системы здравоохранения с использованием рыночных механизмов и экономических методов регулирования процесса.

Медицина как социальная практика находит свое отражение в экономической политике государства в сфере здравоохранения. Сущность экономической политики в области здравоохранения заключается в том, что она должна быть нацелена на достижение межотраслевого результата экономического, технологического и организационного взаимодействия субъектов макроэкономической корпорации отрасли здравоохранения - улучшение здоровья населения и каждого человека.

Главные экономические условия достижения данного результата - автономия и равные права субъектов корпоративных отношений, руководство и контроль должны осуществляться с помощью договоров, совместного принятия решения, нормативных оценок. Степень участия каждого субъекта макроэкономической корпорации определяется потенциальным вкладом в достижение межотраслевого результата.

Макроэкономическая корпорация здравоохранения должна представлять собой сетевое информационное объединение (СИО) - объединение предприятий и организаций, использующих долговременные кооперационные и информационные связи. Данная сетевая система образует межсекторальную совокупность самостоятельных и самоорганизующихся субъектов корпоративных экономических отношений здравоохранения, объединяемых целью улучшения здоровья населения. Таким образом, макроэкономическая корпорация здравоохранения должна представлять собой союз разнопрофильных производств, отраслей и секторов экономики, регулируемых государством, прямо или косвенно обслуживающих здравоохранение. В макроэкономическую корпорацию здравоохранения входят поставщики экономических ресурсов для организаций здравоохранения. Они образуют систему экономических и

управленческих взаимосвязей в виде стратегических альянсов, договоров, совместных принятых решений.

Рассмотрим более подробно, какие отрасли экономики и что именно поставляют для здравоохранения в виде ресурсов.

1. Электроэнергетика. Топливная промышленность. Связь. Транспорт. Водное хозяйство. Материальный ресурс - коммунальное и прочее хозяйство организаций здравоохранения.
2. Промышленность строительных материалов. Строительство. Материальный ресурс - здания медицинского назначения.
3. Промышленность медицинской техники. Материальный ресурс - медицинское оборудование.
4. Химико-фармацевтическая промышленность. Материальный ресурс - лекарственные средства, химические реактивы.
5. Легкая промышленность. Материальный ресурс - обмундирование медицинского персонала, мягкий инвентарь, изделия медицинского назначения.
6. Пищевая промышленность. Материальный ресурс - продукты питания для больных и населения, пищевые добавки.
7. Образование. Трудовой ресурс - медицинские работники.
8. Наука и инновации. Трудовой ресурс - медицинские работники.
9. Государственные финансы и финансы других уровней. Финансовые ресурсы - финансовые средства Федерального бюджета РФ, бюджета субъекта РФ, местного бюджета.
10. Денежно-кредитная система. Финансовые ресурсы - финансовые средства ФФОМС, ТФОМС, филиалов ТФОМС, Фонда социального страхования, страховых медицинских организаций в условиях добровольного медицинского страхования (ДМС) и ОМС.
11. Граждане - поставщики финансовых средств для организаций здравоохранения в виде доходов от платных медицинских услуг (личные финансовые средства пациентов и их родственников).

Эта сложная система экономических связей нуждается в государственном регулировании для создания условий взаимодействия и достижения главной цели - улучшения здоровья населения страны.

Экономическое регулирование - целенаправленный процесс, обеспечивающий поддержание или изменение экономических явлений и их связей. Регулирование - это функция системы управления. Управление - это способ воздействия на процесс труда. Причиной государственного вмешательства в деятельность отрасли здравоохранения выступает существование так называемых внешних эффектов рынка. Роль, которую рыночные механизмы могут и должны играть в социально ориентированной системе здравоохранения, остается противоречивой. Использование рыночных механизмов в здравоохранении рискует создать условия недоступности качественного медицинского обслуживания. Поэтому рынок услуг здравоохранения должен быть регулируемым. Свобода рынка в здравоохранении часто ограничена соображениями морально-этического порядка, возникающими противоречиями между сутью деятельности врача и рыночными условиями.

Ограничения рынка связаны с определенными противоречиями:

- 1) противоречие между источниками финансирования отрасли (бюджет, ОМС) и степенью свободы использования финансовых средств учреждением здравоохранения, врачом;
- 2) результативность деятельности врача трудно выразить в стоимостной форме.

Было бы идеально, если бы труд врача измерялся достигнутым уровнем здоровья пациента, но как это сделать - пока не придумано;

3) низкая покупательная способность населения может быть ограничителем предоставления объективно дорогих медицинских услуг;

4) у рыночного механизма отсутствует так называемая встроенная социальная ориентация, рынок ориентирован на прибыль;

5) часть медицинской помощи является предметом «коллективного потребления»;

б) недостаток медицинских знаний пациента уменьшает возможности по «рыночной самонастройке». С одной стороны, он может быть потерян отраслью как клиент, несущий доход;

7) масштабы проблем охраны здоровья диктуют необходимость концентрации и координации усилий по их решению государством.

«Отрицательный эффект» рынка связан, например, с загрязнением окружающей среды и, как следствие, ухудшением здоровья населения. Использование рыночных механизмов не решит этой проблемы, понадобится вмешательство государства, в том числе административное.

С другой стороны, нужна санитарно-просветительная работа, пропаганда здорового образа жизни как политики государства в области охраны здоровья населения для того, чтобы снизить риски и создать благоприятные условия жизни, обусловленные состоянием здоровья населения. Положительным «внешним эффектом» *государственного* вмешательства в деятельность отрасли здравоохранения *выступает* установление государством *стандартов качества* медицинской помощи. Достижение качества медицинской помощи проявляется в сокращении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни. Этот эффект проявляется во всех отраслях материального производства. При этом предотвращается экономический ущерб, который может возникнуть вследствие невыхода на работу по болезни; снижаются расходы на организацию медицинской помощи населению. Эти финансовые средства могут быть направлены на другие важные государственные цели.

Раздел 2. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций

Тема 2. Методы финансового менеджмента для оценки активов

Как результат обратной связи, именно в медицине наиболее наглядно и рельефно проявляются социальные отношения в виде управленческой деятельности. От управления здоровьем пациента зависит многое, и не только для пациента, но и для врача, а от управления деятельностью врачей зависит и благополучное существование отрасли в целом как части общественного устройства. В медицине наиболее ярко проявляется то, что в социологии называется «качеством жизни». Никакая другая общественная сфера так наглядно не подтверждает социальные отношения. «Качество жизни» в буквальном смысле слова проявляется в таких показателях, как высокий уровень рождаемости при низком уровне смертности, высокий уровень общественного здоровья при низком уровне заболеваемости, и в связанных с ними демографических и миграционных процессах. Поэтому важной и весьма актуальной при всех возможных подходах представляется политологическая, а точнее - социально-политическая, позиция, определяемая наличием (или отсутствием) у государства развернутой - и социальной политики - и в программном, и в реализуемом варианте. Речь идет о социальных стандартах, которые позиционирует государство по отношению к своим гражданам.

Проблема социальной политики в этом смысле - стержневая, хотя бы потому, что именно благодаря ей само государство - и как понятие, и как политический институт, и как явление культуры - становится необходимой для гражданского общества структурой. Именно в свете социальной политики следует рассматривать теорию великого русского мыслителя В. С. Соловьева о праве человека и гражданского общества на достойное существование, о том минимуме социальной работы государства, без которой возможность самого его существования - вплоть до судьбы его конкретных носителей, а именно управленцев - ставится обществом под вопрос.

Собственно говоря, на примере своей социальной политики государство наиболее отчетливо показывает, кто же входит в его состав. В этом смысле социальная модель управления - регулятор общественных отношений. Особенно ярко это проявляется в медицине и здравоохранении. Здесь государство как раз наиболее доказательно, наглядно показывает, как оно относится к гражданскому обществу - не только к его обычаям, культуре, а к его бытию в самом буквальном смысле слова. Критерий качества управленческой деятельности элиты - хорошие демографические показатели и высокий уровень развития здравоохранения. Если говорить об экономике, то в этом смысле наиболее важны показатели микроэкономики. Нельзя говорить о достижениях страны, если во всей системе координат не ясна точка отсчета. А таковой является соответствие прожиточного минимума минимальной заработной плате или пенсии (или иного вида социального обеспечения) как источника дохода, т.е. забота о конкретном человеке.

Кроме того, отсутствие внятной и подтвержденной экономически социальной политики создает самому государству очень большие трудности в управлении. Невозможно эффективное перераспределение ресурсов (сырьевых, финансовых, кадровых, информационных и т.д.), управление их движением, нет управляемости социальной сферы, куда входит и здравоохранение. Управленческая практика любой страны, ориентированной на интересы своих граждан, позволяет претендовать на статус правового государства. Это в интересах самого государства при условии, что у элиты есть инстинкт самосохранения, стратегическое мышление и долговременное планирование интересов (в том числе и собственных), неотделимых от интересов своей страны и ее граждан.

Дешевле и эффективнее вводить экономическое соответствие затрат и доходов в социально значимой сфере в самом начале, чем переплачивать потом, поэтому и надо определять оптимальные затраты по важнейшим социальным программам в области здравоохранения, науки, образования, строительства жилья и сельского хозяйства. Никакой другой, утилитарной пользы, да еще и с рыночной, прагматичной точки зрения в виде «прибыльности» и «самокупаемости здесь и теперь» у здравоохранения, науки, образования не было, нет и не будет. Если государственно не поддерживать здравоохранение и образование, это может привести к многократно большим тратам в связи с возможными вспышками эпидемий и нестабильностью в обществе.

Именно здравоохранение внятно показывает соотношение рыночного и общественного факторов в социальной политике. Например, рынок и общество в социальной политике - это параллельные структуры? Или это взаимоисключающие начала, которые государство только и делает, что «мирит» в пожарном порядке, так сказать, «на марше» увеличивая расходы на льготы и др.? Или они все-таки взаимодополняют друг друга? А если так, то в каких сегментах здравоохранения? В этом случае задача исследователя - дать рецепт, как это сделать успешно. В какой области медицины рынок приемлем, а в какой катастрофичен в силу отсутствия социальной политики не только для бедных, средних,

но и самых обеспеченных слоев населения. Например, отсутствие финансирования при частичной самокупаемости и при частичных государственных инвестициях в большинстве областей медицины может обернуться негативными последствиями для общественного здоровья. При неразрывной связи элементов схемы «профилактика - диагностика - лечение (как «исправления ситуации»)» в любой отрасли (не только в медицине) дешевле и более правильно вкладывать деньги, казалось бы, в самый затратный и «ненужный» этап «профилактики» - мониторинг социальной сферы. Медицина явственно показывает: если не тратиться на медицинскую науку и образование, которые, действительно, сами по себе ничего материального не создают, то придется на более поздних этапах и более затратно бороться с последствиями негативных социальных изменений.

Социальная политика - мощное и эффективное средство управления. Еще в древнеиндийском социально-политическом трактате «Артхашастра», посвященном государственному управлению, например, четко указано, что нет ничего легче, чем разрушить то или иное государство и лишит власти правителя и его элиту, которые не заботятся о своих подданных, т.е. не успешны в социальной политике. Не случайно, именно исходя из своего опыта земского врача, А. П. Чехов в одном из писем отмечал, что без медицинской помощи на селе «мужики угрюмы».

Как известно, «всякая сущность самодостаточна и не нуждается в истреблении других для своего существования»: в этом сходятся все великие умы и в прошлом, и в настоящем. Экономика же в чистом виде, т.е. взятая вне общегуманитарного нравственного контекста в рыночном варианте, оборачивается в здравоохранении самыми тяжелыми последствиями, оставляет без защиты малоимущих граждан.

Однако социальная защита только «экономически слабых» и оставление без внимания активных, работоспособных членов общества лишает мотивации уже системообразующие слои населения. Так или иначе, актуальная мотивация, истинный объективный интерес тех, кто полон сил, состоит в защите и совсем юных, еще ничего не умеющих; и старых, уже не способных проявить свое умение. Поэтому государство и обязано в своей социальной модели защищать всех. И в этом смысле здравоохранение, медицина, наука, образование как стратегические средства общественного развития, обладающие долговременным, а не сиюминутным эффектом, должны быть предметом особого внимания и заботы государства.

Системная социально-экономическая политика государства в своей юридической фиксации дает диверсифицированные гарантии каждому в его конкретном сегменте общественных отношений, намечая неизбежно связанный с этими гарантиями и правами круг обязанностей. Если речь идет о пожилых, то детально и объективно учитываются трудозатраты, совершенные в прошлом. Если о юных - то возможные с их стороны компенсации в будущем, в обмен на блага, которые им гарантированы в настоящем - в виде выплат, предоставления жилья, образования, трудоустройства и т.д.

Социальная политика многосложна (амбивалентна) по определению, так как наиболее органично приближена к живым началам человеческой жизни - противоречивой, полиморфной по самой своей сути. Нельзя однозначно сказать, что одна структура общества только тратит, а другая - только зарабатывает. Социальная политика государства не обладает только однозначно «затратным» характером, как и экономика - только «восстанавливающим».

Экономика тоже тратит, а не только создает; и даже тратит, исчерпывая ресурсы - природные, человеческие и т.д. Но и в социальной политике государства нет

однозначного «распыления» финансовых средств. Затраты на здравоохранение — это не просто «благотворительность», наоборот, в процессе осуществления общегосударственных программ накапливается, создается то самое здоровье общества, которое позже будет именно «тратиться» экономикой, тем же государством. Здоровье нации как условие роста экономики - это ресурс, потенциал, который нельзя сводить только к денежно-финансовым показателям. Экономика и ее модель, как и всякая односоставная модель, вторична. Здоровье физическое, эмоциональное, интеллектуальное, нравственное как цель более сложной, а именно социальной, модели - самоценно, первично в управленческой деятельности государства, наиболее эффективно осуществляемой с помощью социальной политики.

При этом государство, осуществляя свою главную управленческую функцию публично-правового регулирования, согласования интересов, а в здравоохранении — жизненных интересов, работает именно как социо-лог-менеджер и, осуществляя мониторинг общественных интересов, затем управляет этими интересами.

В настоящее время многие регионы Российской Федерации в своих «Программах развития кадров здравоохранения» до 2017 г. предусмотрели выделение бюджетных средств на решение многих социальных проблем молодых специалистов с целью преодоления дефицита медицинских кадров и приостановления тенденции их оттока из отрасли, в частности:

- осуществляются единовременные или месячные выплаты молодым специалистам, которые трудоустраиваются в областные государственные учреждения муниципальных районов и городских округов области, а также выплаты медицинским работникам дефицитных специальностей (Липецкая, Московская, Новосибирская обл.); выплаты стипендий студентам, проходящим обучение по целевому набору (г. Новосибирск);
- проводится софинансирование из областных бюджетов профессиональной переподготовки медицинских кадров (Липецкая обл.); предоставление внеочередной медицинской помощи и обследование во всех учреждениях здравоохранения, в том числе и после выхода на пенсию (Московская область);
- областными и муниципальными бюджетами финансируется обучение в интернатуре и ординатуре будущих специалистов (Новосибирская обл.);
- реализуется программа социальных выплат в размере 35% от расчетной стоимости жилья (жилищные сертификаты), которые можно использовать как первоначальный взнос при покупке жилья с помощью кредитных средств или на погашение основной суммы долга и оплаты процентов по жилищным кредитам (г. Новосибирск);
- внедряется система непрерывного медицинского образования (г. Москва);
- создается система грантов для лучших бюджетных учреждений здравоохранения и лучших руководителей учреждений.

В социальной политике всегда возникает нравственный вопрос: ради чего или кого все это делается? Если такого вопроса нет, если целеполагание не имеет в виду данные «блага», как здоровье человека и общества, то нет и социальной политики. Целеполаганием занимается системный теоретик-исследователь (политолог, социолог) и руководитель высшего звена. Так, Платон писал в своей работе «Государство», имея в виду, что управлять государствами должны философы, т.е. люди, обладающие всесторонним, целостным видением проблемы. Социальная политика максимально вариативна и ситуативна при постоянном сопоставлении теории и практики.

Итак, говоря о социальной политике государства как способе эффективного управления общественными интересами, следует иметь в виду по крайней мере три уровня:

- 1) должное (теория социальной политики);
- 2) существующее (наличие гражданского общества и институтов государства);
- 3) инструментально-технологическое взаимодействие «должного» и существующего», внедрение теории социальной политики в социальные отношения. Как наилучший вариант - в виде выявления и поощрения уже существующих продуктивных социальных начал.

Надо иметь в виду, что любая организация (государственная структура в том числе) должна расходовать на управление средства не превышающие доходы от деятельности этой организации. Согласно известному американскому историку и политологу И. Валерстайну, лучше, если этот показатель не будет превышать четвертой части финансовых поступлений в организацию. В этом политологическая классика видит продуктивную оптимальную модель управления, конкретизация которой наиболее явно и происходит в социальной политике.

Помимо сказанного, важной функцией социальной политики является разработка юридических прав общества на безопасность без ущемления прав пациента на конфиденциальность.

Особенность медицины по сравнению с любой другой деятельностью состоит в особой, нигде более не встречающейся близостью специалиста не только к запросам или потребностям, а к нуждам, страданиям, иногда на грани жизни и смерти, пациента. Именно поэтому качество медицинских услуг никак нельзя ограничить, свести только к правовой и финансово-экономической деятельности учреждения здравоохранения. Действительно, тот, кто богат и может платить за лечение, очень часто пока что в этом лечении не нуждается. А тот, кто стар и болен, - стеснен в средствах... Но дело в том, что врач должен практиковать постоянно, чтобы поддерживать свою квалификацию, чтобы быть нужным, когда это потребует. Иначе может оказаться, что когда его услуги все-таки понадобятся состоятельному человеку, он не сможет оказать их на должном уровне. В любом случае между врачом и пациентом в силу особо деликатного характера их взаимоотношений должно поддерживаться особое доверие. Если пациент не верит врачу, то это значительно снижает эффективность медицинской деятельности, лечение перестает быть успешным.

Но что такое доверие? С точки зрения пациента, речь должна идти о социально-правовых и информационно-коммуникационных регуляторах, призванных обеспечить предсказуемость социальных отношений между врачом и пациентом, что и служит, собственно, источником доверия пациента к врачу - это право на врачебную тайну и право на конфиденциальность медицинской помощи. С другой же стороны, позиция врача тоже очень сложна, поскольку в ней отражается необходимость защиты интересов не только обратившегося к нему пациента, но и общества в целом. А у общества тоже есть право - право на безопасность, хотя бы потому, что ряд болезней носит не индивидуальный, а социальный характер и даже может иметь государственное значение, если речь идет о болезни высокопоставленных госслужащих.

Кроме того, именно при информационных просчетах вероятность правового конфликта между врачом и пациентом возрастает многократно.

И для учреждения здравоохранения, и для пациента значимы:

- 1) компетентная информация о здоровье граждан, а также то, где она может быть получена;
- 2) обработка и подача данной информации;
- 3) правовая регламентация информационных потоков в виде специального

законодательства в здравоохранении. Это особенно важно, так как совокупность стандартов, выдвигаемых государством по поводу тех или иных социальных отношений, как раз и формируют социально-правовую норму. Совокупность этих норм как раз и приводит, говоря юридическим языком, к созданию того или иного учреждения или института, в том числе в сфере здравоохранения;

4) использование информации. Как только сведения получены и обработаны, организации, учреждения, институты здравоохранения, гражданское общество, сами граждане должны определиться в выборе действий. Искажения, однобокая и даже частичная подача информации способны существенным образом осложнить отношения между медицинским учреждением и гражданами, врачом и пациентом.

По мнению американских исследователей, в этих проблемах не должно быть неясностей. Более того, именно качество медицинской информации позволяет определять «стратегию и тактику здравоохранения, его управление».

Прозрачность информации, ее достоверность, объективность значимы не сами по себе. Все это призвано подчеркнуть не только юридическую, но и этическую сторону отношений врача и пациента, защитить право на личную жизнь, врачебную тайну и тем самым защитить жизнь самого пациента. Защитить не только медицинскими, но и социально-правовыми, экономическими способами. В этом смысле конфиденциальность - это не только моральное обязательство, определяющее взаимоотношения врача и пациента. По сути, это юридическая норма в области информационной политики, защищающая от разного рода посягательств на безопасность клиента, социально-правовая норма-гарантия, характеризующая медицинское учреждение пациенту как надежное, устойчивое и качественное. Пациент и врач зависят друг от друга, их права и обязанности неотделимы.

Кроме того, суть врачебной профессии в том, что врач защищает не только больных, но и здоровых. Храня врачебную тайну, право пациента на конфиденциальность, врач также призван следить и за общим состоянием здоровья в обществе, тем самым охранять право общества на безопасность. Некоторые болезни, например, уже не могут быть только «личным» делом отдельных граждан. Подчас в интересах самого больного, не говоря уже об окружающих его людях, создать ему особый режим лечения, что невозможно без внесения в исцеление элементов гласности. Наркомания, алкоголизм, СПИД, психические и венерические заболевания - это те болезни, которые свидетельствуют, насколько деликатна грань между правом человека на личную жизнь и правом общества на безопасность. Более того, состояние здоровья представителей некоторых профессий (таких, как госслужащие, авиадиспетчеры, медицинские работники, работники сферы услуг и общественного питания и др.) просто не может быть закрыто для общественности. Другое дело, что не должно быть юридических неясностей по поводу того, что в случае излечения пациент не будет ущемлен в своих правах, например в трудоустройстве. Все это медицинские учреждения и организации должны гарантировать, естественно, в рамках делегированной им государством юридической компетентности. Это тоже элемент социальной политики государства.

На состояние рынка услуг здравоохранения сегодня влияют многие факторы: социальные, экономические, политические, правовые, этические и многие другие. Например, различные модные тенденции свидетельствуют об успешном существовании косметической, диетической, спортивной медицины. Сложенные вместе, эти факторы и определяют текущее положение здравоохранения не только в России, но и во всем мире. Медицинские учреждения и их руководители обязаны адаптироваться к этим

меняющимся условиям, а государство в своей социальной политике - постоянно уточнять соответствующие правовые нормы.

Если же речь идет об экономике и финансах, то учреждение здравоохранения - это своего рода индикатор, показатель общественно-экономической работы отрасли, ее «градус» болезни или здоровья - как термометр. Чем хуже положение дел в экономике, тем в более тяжелой форме протекают «болезни» общества и человека. Например, в современных условиях с помощью постоянно меняющихся цен, процентных ставок на кредит и т.п. рынок дает участникам процесса производства благ в медицинской области объективную экономическую информацию о необходимом количестве и качестве медицинских услуг, оказываемых пациентам. И в то же время рынок может вызвать «негативные внешние эффекты», например неудовлетворительное качество медицинской помощи в условиях плохого финансирования, низкой платежеспособности пациентов, недостаточности доходов, получаемых организацией здравоохранения даже при наличии платных медицинских услуг.

Кроме того, в значимую для общественности информацию о состоянии медицинской отрасли и конкретно о работе отдельной организации здравоохранения входят такие важные показатели, как предполагаемая численность работающих, ожидаемый размер оплаты труда, средний объем реализации услуг на одного работника, возможность использования труда инвалидов и др.

Однако в социальной сфере эконоцентризм явно недостаточен, поскольку заведомо упрощает ситуацию, пытаясь найти однозначный «количественный» ответ на вопрос: кто и сколько тратит, кто и сколько зарабатывает? Социальные и правовые отношения куда более многосложны, а говоря языком юриспруденции, - синалагматичны (что означает - любое социальное и правовое решение должно выражаться в действии). В связи с этим в медицинской деятельности встречается огромное количество исключений из правил. Это происходит еще и потому, что в жизни очень часто одно и то же лицо - и ответчик, и истец; и должник, и кредитор: и врач, и пациент. Вместе с тем надо помнить, что права одного человека на другого (не важно, касается это врача или пациента) ограничены его обязанностями по отношению к третьим лицам. Кроме того, в жизни одновременно представлены не только самые оптимальные, эффективные, но и зачаточные, формирующиеся или, наоборот, устаревшие, но еще существующие формы деятельности и социальных отношений. Причем первые дискомфортны и отторгаются гражданским обществом, вторые - комфортны, несмотря ни на какие разумные аргументы. Тем не менее эффективные социальные формы (особенно в медицине) имеют право на существование - и в первую очередь нуждаются в правовой защите со стороны государства в виде осуществляемой им социальной политики.

О социальной политике судят не по декларациям, а по делам и фактам. Например, если метро и подземные переходы, лестничные пролеты не приспособлены для инвалидов колясок, которых выпускается недостаточно и часто низкого качества, это говорит о недостаточном правовом обеспечении медицинской деятельности в сфере соответствующих товаров и услуг. Не создана норма - нет организации деятельности в требуемом направлении, нет организации деятельности - нет решения определенных насущных проблем, связанных с проблемой улучшения здоровья населения.

Этические стандарты, заданные в обществе, отражаются на отношении общества, например, к рождению больных детей. В древности этот вопрос решался просто: в Риме их сбрасывали с Тарпейской скалы. Наша культура, основанная на милосердии и благоговении перед жизнью, не может себе позволить такое грубое уравнение

внутреннего и внешнего мира, внутреннего и внешнего здоровья, такой вульгарный и даже жестокий материализм язычества: а именно то, что только «в здоровом теле - здоровый дух». И здесь медицина должна четко осознавать собственные мировоззренческие позиции, свято чтить тайну жизни, «не навредить» ей, как сказано у того же Гиппократы.

Для личности, ее становления, деятельности требуется пространство, возможность выбора и внутренней свободы. Без этого личность либо не состоится, либо обречена. Заповедь «Не навреди!» должна быть перенесена на все сферы социальной жизни, стать своего рода «кредо» социальной политики.

Тема 3. Управление оборотным капиталом в медицинских организаций

Экономические ресурсы - это вид ресурсов, необходимых для производства благ - товаров и услуг. По сути, это такой вид благ, который может быть использован для производства других благ. В это понятие включается все, что способствует экономической деятельности: природные ресурсы (наземные, ископаемые, подводные); людские ресурсы, их способности и квалификация; товары производственного назначения или произведенные человеком средства производства и т.д. Еще один основной вид экономических ресурсов - это финансовые ресурсы.

Охарактеризуем материальные ресурсы здравоохранения и медицинских организаций.

Материальные ресурсы здравоохранения - это ресурсы в материально-вещественной форме, позволяющие осуществлять оказание медицинских, сервисных услуг и выполнение работ; это совокупность средств и предметов труда, которыми располагает и пользуется здравоохранение как отрасль социального сектора экономики. Материальные ресурсы организаций здравоохранения можно представить как основные и оборотные фонды.

К **основным фондам** относятся здания, сооружения, коечный фонд, производственная инфраструктура, лабораторное оборудование, транспорт.

Основные фонды переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг по частям. Эта часть характеризуется как физический износ медицинского оборудования (или здания), который равен величине амортизационных отчислений за год (от первоначальной стоимости), что составляет в среднем 5,6% для зданий; 10-12% - для медицинского оборудования. Количество медицинского и лабораторного оборудования, коечный фонд зависят от профиля и мощности учреждения (организации) здравоохранения.

Оборотные фонды организаций здравоохранения представляют собой предметы одноразового использования, лекарственные препараты, мягкий инвентарь, продукты питания для пациентов, денежные средства, кассовые остатки, средства в расчетах и др. Оборотные фонды переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг целиком за год. Иначе говоря, если предметы и материалы имеют срок годности до года, то они относятся к оборотным фондам.

Анализ состояния ресурсной базы здравоохранения России свидетельствовал о том, что слабоуправляемое развитие здравоохранения в условиях ограниченного финансирования отрасли привело к росту диспропорций условий оказания помощи между территориями и внутри них, истощению ресурсов, концентрации лечебных учреждений в административных центрах, а следовательно, к снижению и ухудшению качества самой

помощи. Была необходима срочная разработка стратегии развития отрасли, а также выбор приоритетов для принятия дополнительных мер.

В 2005-2007 гг. приоритетный национальный проект «Здоровье» определил следующие главные направления обновления отрасли:

- 1) развитие первичной медицинской помощи;
- 2) развитие профилактического направления медицинской помощи;
- 3) обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью;
- 4) управление проектом «Здоровье» и его информационная поддержка.

Если остановиться на втором приоритете «Развитие профилактического направления медицинской помощи» (общий объем финансирования - 28,0 млрд. руб.) и выделить мероприятия 2006-2007 гг., то следует отметить следующие:

- 1) иммунизация населения в рамках национального календаря прививок - 10,3 млрд. руб.;
- 2) выявление и лечение инфицированных вирусом гепатита *C*, *B* и иммунодефицита - 10,8 млрд. руб.;
- 3) обследование новорожденных детей - 0,9 млрд. руб.;
- 4) диспансеризация групп риска - 6,0 млрд. руб.

В рамках третьего приоритета «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» в 2006-2007 гг. на реализацию мероприятий была выделена сумма 65,5 млрд. руб., а именно:

- строительство медицинских центров - 32,0 млрд. руб.;
- техническая модернизация - 15,4 млрд. руб.;
- увеличение квот с целью обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью - 16,1 млрд. руб.

Четвертый приоритет «Управление национальным проектом «Здоровье» и его информационная поддержка» потребовал на свое обеспечение 1,3 млрд. руб., прежде всего - на реализацию информационной поддержки самого национального проекта «Здоровье». Всего на проект «Здоровье» за период 2006-2007 гг. было выделено 161 млрд. руб.

Основными направлениями приоритетного национального проекта «Здоровье» в последующие 2009-2012 гг. стали формирование здорового образа жизни; развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний; повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

Следующим этапом развития отрасли стала двухлетняя Программа модернизации Российского здравоохранения. Данная Программа была принята Правительством РФ в конце 2010 г. и начала реализовываться в 2011 г. Общий объем финансирования Программы составил 630 млрд. руб., в том числе 174 млрд. руб. было выделено на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения. В рамках Программы модернизации здравоохранения была проведена инвентаризация материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе по таким параметрам, как ресурсная обеспеченность, техническое состояние зданий и сооружений, оснащенность учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, укомплектованность медицинскими кадрами. Совокупная стоимость всех региональных программ модернизации, как уже было сказано, составляет 630 млрд. руб., в том числе

субсидии ФФОМС составили 387 млрд. руб., или 61,4%, средства бюджетов субъектов РФ - 113 млрд. руб., средства бюджетов ТФОМС - 130 млрд. руб.

Для выполнения намеченного только в 2012 г. ФФОМС было направлено на решение вопросов модернизации в субъекты РФ почти 300 млрд. руб.

Если подвести некоторые конкретные итоги Программы модернизации здравоохранения, то важно отметить, что более 100 учреждений здравоохранения было достроено, капитальные ремонты проведены более чем в 50% учреждений здравоохранения, участвующих в системе обязательного медицинского страхования, - это почти 4000 учреждений здравоохранения. Оборудование закуплено более чем в 5000 учреждений. Поставлено около 300000 ед. медицинской техники, том числе «тяжелой»: томографов, маммографов, ангиографического оборудования. За период с 2000 по 2012 г. в России сократилось число больниц (на 42%) с 10,7 тыс. до 6,2 тыс., а поликлиник почти на 23% (с 21,3 тыс. до 16,5 тыс.). Сократилось также число больничных коек - на 19%. Если в 2000 г. на 10 тыс. человек в стране приходилось 115 коек, то в 2012 г. - уже 93.

По данным Минздрава России, в 2014 г. тенденция изменений сохранится, и в результате реорганизации количество медицинских учреждений в России уменьшилось почти на 10%. В процессе реорганизации, направленной на сокращение числа медицинских учреждений, общее количество медучреждений уменьшилось на 8,6% (686 ед.). Больниц стало меньше на 4,9% (225 ед.), диспансеров - на 5,5 (46 ед.), поликлиник - на 20,3 (356 ед.) и стоматологических поликлиник - на 7,6% (59 ед.). Таким образом, на 2014 г. в систему здравоохранения Минздрава Российской Федерации входило 4398 (60,2%) больниц, 794 (10,9%) диспансера, 1395 (19,1%) поликлиник и 713 (9,8%) стоматологических поликлиник.

Некоторые итоги Программы модернизации здравоохранения Российской Федерации следующие: в рамках информатизации медицинских организаций электронной записью на прием к врачу по состоянию на 1 апреля 2013 г. уже воспользовались 6512 225 граждан; внедряется «Электронная карта пациента»; создается «Электронное место врача»; разрабатываются профессиональные стандарты.

В результате осуществляемых мероприятий отрасль здравоохранения стремится к оптимизации материальных ресурсов.

Наметились процессы концентрации имущества, объединения медицинских учреждений в Лечебно-диагностические комплексы. Так, в Москве 65 стационаров, работающих в системе ОМС, объединились в более чем 30 многопрофильных высокотехнологичных медицинских центров. Почти 400 городских поликлиник образуют 46 взрослых и 40 детских амбулаторно-поликлинических центров. Создается трехуровневая система медицинской помощи.

На **первом уровне**, в поликлинике по месту жительства, пациент может получить помощь самых востребованных врачей - терапевта, хирурга, офтальмолога, невролога.

Второй уровень означает: в «головном» амбулаторном комплексе можно получить консультацию кардиолога, эндокринолога, нефролога и прочих специалистов, пройти диагностику на современном оборудовании, поскольку оснащать магнитно-резонансными томографами или приборами для ангиографии каждую поликлинику неэкономично.

Третий уровень представлен стационаром, куда направляется пациент, если госпитализация действительно необходима.

К резервам повышения эффективности организации использования материальных ресурсов учреждений здравоохранения относятся следующие:

- 1) необходимы новые технологии бухгалтерского учета, контроля и планирования затрат хозяйственных служб. Внедрение управленческого учета в практику организаций здравоохранения;
 - 2) внедрение паспортизации (введение эксплуатационных паспортов объектов) оборудования и технологических процессов учреждений здравоохранения;
 - 3) ведение документации о местонахождении и количестве «элементов эксплуатации» хозяйственными службами учреждений здравоохранения, составление Перечня недопустимых нарушений в использовании оборудования;
 - 4) мониторинг результатов учета и планирования затрат хозяйственными службами.
- В связи с этим в медицинской организации необходимо проведение постоянного анализа использования медицинского оборудования на основе следующих экономических показателей:

- балансовая стоимость оборудования (индивидуальная, усредненная), руб.;
- нормативный срок износа (амортизация), лет;
- годовая норма износа, руб.;
- календарный годовой фонд времени работы единицы оборудования при двух-, трехсменном режиме работы, ч;
- время простоев оборудования, в том числе при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах;
- эффективный годовой фонд времени работы единицы оборудования, ч³;
- нормативное время на одно исследование, ч⁴;
- нормативное годовое число исследований на единицу оборудования, ед.;
- фактическое годовое количество исследований на единицу оборудования, ед.;
- коэффициент использования оборудования при двух-, трехсменном нормативном режиме;
- срок окупаемости стоимости оборудования фактический, лет.

Также важно определить экономическую эффективность использования коечного фонда на основе следующего коэффициента эффективности использования коечного фонда K_3 ³:

$$K_3 = K_r \times K_c$$

Этот показатель должен иметь тенденцию к увеличению.

Коэффициент рационального использования коечного фонда K_r :

$$K_r = \frac{U_f/A_f}{U_n/A_n}$$

где U_n - нормативный показатель занятости койки в год, дней;

A_n - средняя длительность госпитализации, дней;

U_f - фактическая занятость койки а год, дней;

A_f - фактическая средняя длительность госпитализации, дней.

Показатель целевого использования коечного фонда K_c :

$$K_c = \frac{U_c}{U_f}$$

где K_c - коэффициент целевого использования коечного фонда;

U_c - целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных, дней в году;

³ Например, при двухсменном режиме работы для кабинетов ультразвуковой диагностики годовой эффективный фонд времени работы единицы оборудования составляет 3114 ч, для рентгеновских кабинетов и кабинетов томографии он равен 2432 ч.

⁴ Среднее нормативное время на одно ультразвуковое исследование составляет 30 мин, тогда нормативное годовое количество исследований на единицу оборудования ($3114 \text{ ч} / 0,5 \text{ ч}$) = 6228. Для томографических исследований нормативная величина составляет $2643 = (2432 \text{ ч} / 0,92 \text{ ч})$.

U_f - фактическая занятость коечного фонда, дней в году.

Показатель U_c определяется экспертным путем.

Ущерб вследствие неэффективного использования коечного фонда характеризуется количеством финансовых средств, затрачиваемых на содержание неэффективно используемого коечного фонда, и определяется по формуле:

$$B_{\text{э.у.}} = Z_{\text{к.ф}} \times (1 - K_{\text{э}}),$$

где $B_{\text{э.у.}}$ - величина экономического ущерба вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда, руб.;

$Z_{\text{к.ф}}$ - сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда, руб.;

$K_{\text{э}}$ - коэффициент эффективного использования коечного фонда.

Еще одним показателем эффективности использования в здравоохранении материальных ресурсов может выступать индикатор «Сокращение сроков лечения», что приводит к увеличению количества больных, в связи с чем возможно определение «величины экономии E », достигнутой в результате сокращения сроков лечения в стационаре.

Величина экономии равна:

$$E = \left[\frac{\text{фактические расходы за период}}{\text{фактическое количество пролеченных больных}} - \frac{\text{фактические расходы за тот же период}}{\text{плановое количество пролеченных больных}} \right] \times \text{фактическое количество пролеченных больных}$$

Если количество фактически пролеченных больных будет больше, чем плановое, при тех же затратах, то налицо экономия от сокращения сроков лечения. В данном случае доходобразующим фактором является «количество пролеченных больных». Формула расчета такова:

$$E = \left(\frac{TC_{\text{факт}}}{Q_{\text{факт}}} - \frac{TC_{\text{факт}}}{Q_{\text{план}}} \right) \times Q_{\text{факт}}$$

где $TC_{\text{факт}}$ - фактические расходы за период;

$Q_{\text{факт}}$ - фактическое количество пролеченных больных;

$Q_{\text{план}}$ - плановое количество пролеченных больных.

К материальным ресурсам относятся и лекарственные препараты как элемент оборотных фондов.

Общими задачами повышения эффективности использования этого ресурса являются:

- 1) создание эффективной системы стандартизации на основе принципов доказательной медицины;
- 2) ведение регистра (регистров) пациентов на федеральном и региональном уровнях, обеспечивающего принятие решений по лекарственному обеспечению с учетом персональных данных;
- 3) разработка и внедрение рациональных принципов и критериев включения препаратов в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечень ЖНВЛП) на основе сравнительной оценки их социально-экономической эффективности;
- 4) внедрение современных протоколов ведения больных;
- 5) стимулирование использования лекарственных препаратов-дженериков;
- 6) введение системы электронных назначений лекарственных препаратов с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии (автоматическая проверка правильности назначенного режима дозирования, прогнозирование межлекарственных взаимодействий,

автоматическая проверка на наличие показаний и противопоказаний и т.д.);

7) внедрение системы ведомственного и вневедомственного контроля обоснованности назначений и качества лекарственной помощи населению со стороны государства и общественных организаций, сообществ пациентов.

На сегодняшнем этапе утверждена «Стратегия лекарственного обеспечения населения России на период до 2025г., определяющая приоритетные социально-экономические задачи в сфере лекарственного обеспечения населения РФ на долгосрочную перспективу».

На уровне организации здравоохранения лекарственные препараты относятся к оборотным фондам, выступают как материальные средства. Это позволяет рассчитать показатели эффективности - материалоемкость и материалоотдачу:

$$Me = \frac{M}{\text{Доход}}; Mo = \frac{\text{Доход}}{M}$$

где Me - материалоемкость (при прочих равных условиях данный показатель должен иметь тенденцию к снижению);

Mo - материалоотдача (данный показатель должен иметь тенденцию к росту, что свидетельствует о повышении эффективности использования данного ресурса);

M - материальные затраты, руб.

Доход выражается такими показателями, как прибыль, чистая прибыль и др.

Такие расчеты прежде всего имеют значение в стоматологии, но возможны и для других видов медицинской деятельности.

Однако стремиться к удешевлению оборотных фондов порой невыгодно, так как применение дешевых лекарственных препаратов зачастую не приносит экономическую выгоду, поскольку сами эти лекарственные препараты могут обладать незначительным медицинским эффектом, что ведет к увеличению сроков лечения и, как следствие, к удорожанию лечебного процесса. В медицине дешево - не значит экономно.

Механизм управления лекарственным обеспечением включает:

- формирование страхового заказа (или страхование лекарственного обеспечения в системе ОМС) на лекарственные препараты (ЛП) и изделий медицинского назначения (ИМН);
- введение в практику оптовых закупок медикаментов на тендерной основе;
- персональную ответственность работников за назначение и порядок выписки бесплатных и льготных рецептов на лекарственные препараты в соответствии с нозологией и предоставленными пациентам данной категории льготами (в том числе приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения»);
- контроль гражданского общества над ценами на ЛП и ИМН;
- законодательное регулирование цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты;
- меры борьбы с фальсификацией лекарственных препаратов.

К оборотным фондам стационара помимо лекарств относятся материальные затраты на лечебное питание пациентов. Для того чтобы правильно организовать лечебное питание и рационально использовать ресурсы, необходимы:

- сведения о количестве пациентов (распределенных по диет-столам);
- сведения о дополнительном питании пациентов;
- справочник клиник, отделений, профилей коек, норм финансовых затрат;

- недельное меню по всем утвержденным диетам;
- справочник раскладок по блюдам;
- справочник продуктов питания с кодами их классификации;
- при наличии склада продуктов - оформленные требования на продукты питания, сухой паек, дополнительное питание;
- паспортная карточка на блюда.

Информационное обеспечение приготовления и доставки пищи пациентам также включает расчеты затрат на содержание кухни, раздаточные ведомости, расчеты стоимости готовой пищи для пациентов. Все это способствует решению задач экономии, учета и контроля в системе организации лечебного питания и использования продуктов. Также требуется информационное обеспечение оперативного учета уровня запасов продуктов питания на складе, а именно:

- сведения о колебаниях отходов овощных продуктов посезонно;
- сведения о запасах на текущий момент;
- оформление требований на дополнительную выдачу продуктов;
- информация о поступлении продуктов питания;
- информация по обеспечению приготовления и доставке пищи;
- сведения об отпущенных продуктах;
- акт списания некачественных продуктов.

Информационное обеспечение бухгалтерского учета продуктов питания включает:

- информацию о поступлении продуктов питания: раздаточные ведомости;
- акт снятия остатков;
- оборотно-сличительную ведомость в разрезе номенклатурных номеров;
- ведомость расхода продуктов питания в разрезе субсчетов;
- справку о стоимости питания пациентов в разрезе норм финансовых затрат.

Кроме того, для повышения эффективности организации питания в больнице необходимы сведения об учетно-отчетных показателях по пробегам, а именно:

- информация об обеспечении приготовления и доставки пищи пациентам;
- справочник плановой стоимости одного койко-дня;
- ведомость стоимости питания по профилям коек в разрезе отделений;
- сводная ведомость стоимости питания по профилям коек.

Для анализа использования продуктов питания важны сведения справочника о химическом составе и калорийности блюд, средней калорийности питания одного пациента в день и ведомость стоимости питания пациентов по диет-столам.

При расчете финансовых затрат на питание должны быть учтены *натуральные* нормы расхода продуктов, которые служат основой для определения расчетных *стоимостных* норм в день.

Практическое использование рассмотренной системы информационного обеспечения стационара способствует не только рациональному эффективному применению продуктов питания в лечебном процессе при участии врача-диетолога и диетсестры, но и экономичному расходованию финансовых ресурсов организации здравоохранения.

В программных документах Минздрава РФ в решении задач, поставленных Концепцией развития здравоохранения до 2020 г., подчеркивается необходимость консолидации усилий по разработке и внедрению новых технологий в развитие кадровых ресурсов отрасли. Особенное внимание уделяется вопросам сохранения (закрепления) медицинских кадров а системе здравоохранения. Одной из ключевых выявляется проблема с кадрами в сельском здравоохранении. На сегодняшний день состояние

кадровых ресурсов характеризуется дефицитом медицинских работников, чрезмерной концентрацией в крупных городах, серьезными различиями в уровне квалификации специалистов, в дефицитном соотношении численности младшего и среднего медицинского персонала к общей численности врачей. Кадровые проблемы в сфере здравоохранения являются серьезным вызовом для систем здравоохранения во всем мире. На международном уровне признано, что кадровые ресурсы играют основополагающую роль в обеспечении качества и доступности медицинской помощи. Эффективность систем здравоохранения зависит прежде всего от качества исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками, определяемого их знаниями и мотивацией к работе.

На современном этапе мировое сообщество констатирует наличие кадрового кризиса в здравоохранении. Проблемы, которые стоят перед системной здравоохранения различных стран, идентичны. Главная из них - это дефицит медицинских кадров. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сегодня 57 стран испытывают критическую нехватку трудовых ресурсов в области здравоохранения. По последним оценкам, для восполнения дефицита кадров требуется как минимум 2360000 медицинских работников и 1890000 административных и вспомогательных работников, т.е. в общей сложности 4250000 работников здравоохранения. Решение существующего и ожидаемого дефицита кадров в здравоохранении имеет решающее значение для охраны здоровья всего человечества. Налицо серьезные проблемы в области сохранения и миграции медицинских кадров в отрасли. В России 34% врачей не удовлетворены своим материальным положением и только 28% врачей отмечают, что уровень заработной платы их устраивает. Вовремя не получают заработную плату 14% опрошенных медицинских работников: 26% - сельские медицинские работники и 7% - городские врачи. На сегодняшний день политика регионов, направленная на решение кадровых проблем, определяется уровнем социально-экономического развития территорий и, соответственно, уровнем наличия бюджетных средств. В результате реализуемые меры поддержки медицинских работников не носят комплексный характер, а проблемы внутренней миграции медицинских кадров усугубляются существующим региональным неравенством.

Основные задачи решения проблемы кадрового дефицита в здравоохранении могут включать разработку комплексной программы по решению жилищных вопросов медицинских работников, предусматривающую выделение служебного жилья, а также жилья, которое они могли бы потом оформить в социальный наем, развитие ипотеки с государственной компенсацией в зависимости от продолжительности работы специалиста в области. Сегодня необходима программа льготной ипотеки для врачей, в соответствии с которой запланировано частично или полностью погашать проценты на покупку квартир медработниками. В Московской области выступили с такой инициативой: если врач отработал в городе пять лет, государство должно погасить ему 30%, если 10 - то 70% и, соответственно, если 15 лет - 100%.

Еще одним направлением укрепления трудовых ресурсов здравоохранения выступает формирование банка данных о наличии свободных рабочих мест с предоставлением жилья. Также в российских регионах для решения проблемы кадров здравоохранения осуществляется:

- выплата стипендий студентам, обучающимся очно в медицинском вузе, а также бесплатный проезд на муниципальном транспорте;
- создание системы медосмотров, диспансерного наблюдения и санаторно-курортного

оздоровления работников отрасли здравоохранения;

- установление прямой зависимости зарплаты главврача от средней заработной платы по учреждению здравоохранения, что будет способствовать росту зарплат врачей и персонала медучреждений.

В целом в рамках модернизации здравоохранения также необходимо:

- создание системы обучения специалистов работе на новом медицинском оборудовании фирмами-поставщиками;
- привлечение высококвалифицированных зарубежных специалистов для проведения мастер-классов;
- организация стажировок врачей в ведущих зарубежных клиниках;
- осуществление целевой подготовки врачебного персонала по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия»; дефицитным врачебным специальностям;
- создание медицинского учреждения по принципу университетской клиники с открытием на ее базе филиала медицинского факультета одного из ведущих университетов Европы (Москва и другие крупные города);
- единовременные или месячные выплаты молодым специалистам, которые трудоустраиваются в областные государственные учреждения муниципальных районов и городских округов;
- выплаты медицинским работникам дефицитных специальностей;
- финансирование областными и муниципальными бюджетами интернатуры и ординатуры будущим специалистам (Новосибирская область);
- внедрение системы непрерывного медицинского образования;
- создание системы грантов для лучших учреждений здравоохранения и лучших руководителей учреждений.

Главная проблема, связанная с ресурсами, состоит в том, что они ограничены. Ограниченность ресурсов не связана с их недостаточностью. Ресурсы ограничены относительно потребностей во многих отраслях, в том числе и в здравоохранении. Имеющихся у определенного экономического субъекта ресурсов (или, иначе, запасов средств, резервов) может не хватать для удовлетворения его потребностей в полном объеме. Не исключена и другая ситуация, когда полное удовлетворение конкретной потребности в данный период времени приводит к исчерпанию всех имеющихся ресурсов в этом случае другие потребности экономического субъекта могут остаться неудовлетворенными.

Итак, потребности безграничны и все время растут, а ресурсы ограничены. Это обуславливает необходимость выбора одного из альтернативных экономических действий. Такой выбор означает отказ от удовлетворения одних потребностей в пользу других. Иными словами, выделение определенных объемов ресурсов на удовлетворение тех или иных потребностей всегда связано с отказом от использования данных ресурсов для удовлетворения других потребностей. Поэтому экономические субъекты в условиях однообразия потребностей при ограниченности средств удовлетворяют все из желаемых потребностей и не в полной мере.

Для того чтобы наиболее полно удовлетворить потребности, необходимо эффективно использовать ограниченные ресурсы. Достижение экономической эффективности предполагает оптимизацию применения всех видов ресурсов при производстве единицы продукта, услуги. Иначе говоря, чем больше результат и лучше качество при наименьших затратах, тем выше эффективность.

Производство товаров, работ и услуг осуществляется в границах производственных возможностей, определяемых применяемыми ресурсами. Поэтому любое увеличение производства какого-либо продукта (или услуги) ведет к сокращению производства другого продукта (или услуги). В связи с этим возникает цена выбора, или цена упущенных возможностей, для чего используются понятия «альтернативная стоимость», «вмененные издержки».

Цена выбора, или вмененные издержки, есть цена жизненных благ или доходов, которых мы лишаемся, когда выбираем иной вариант действий.

В здравоохранении это экономическое понятие проявляется при определении экономического ущерба, возникающего вследствие роста заболеваемости населения.

Есть еще одна проблема - одни и те же ресурсы можно использовать с разной степенью эффективности. Например, врач (трудовой ресурс отрасли здравоохранения) может быть занят на сельскохозяйственных работах, но это неэффективное использование трудовых ресурсов. Это же касается и использования материальных ресурсов. Отсутствие полной взаимозаменяемости ресурсов при переключении их с производства услуг на производство товаров требует увеличения количества ресурсов. Это обстоятельство иллюстрирует действие закона вмененных возрастающих издержек. Смысл упомянутого закона состоит в том, что экономические ресурсы не всегда пригодны для полного их использования в производстве альтернативных продуктов. Именно отсутствие взаимозаменяемости ресурсов вызывает необходимость увеличения их количества при переключении с производства одного продукта для получения все большего количества дополнительных единиц другого продукта.

Когда мы определяем виды медицинской деятельности и определяем объемы необходимых средств, необходимо решить несколько групп вопросов, например:

- вопросы эффективности медицинской помощи;
- вопросы соотношения полученного результата и вложенных средств;
- вопросы справедливого использования общественных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, и вопросы ценностей общества: иначе, тратятся ли общественные ресурсы на те виды медицинской помощи, которые признаются обществом как наиболее важные?

Эти вопросы группируются вокруг соображений социального и регионального равенства при получении доступа к услугам здравоохранения. Ответы на эти вопросы особенно значимы, когда определяется оптимальный набор медицинских услуг, входящих в Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению, что может способствовать обеспечению пациентов максимально возможной и эффективной медицинской помощью в условиях ограниченности ресурсов. При дефиците средств важным является эффективное использование того, что есть, а также поиск внутренних резервов и альтернативных источников ресурсов здравоохранения.

Экономическая эффективность есть отношение результата к затратам. В этом смысле экономическая эффективность здравоохранения может быть определена как частное от деления суммы, которой равна «выгода» от данного мероприятия, на сумму расходов на него (и числитель, и знаменатель должны быть представлены в денежном выражении). С точки зрения эффективности этот показатель должен иметь тенденцию к росту, эффективности скажет и коэффициент снижения затрат, который находится путем деления затрат на оздоровительное мероприятие на сумму экономии от снижения заболеваемости, инвалидности, смертности. Трудность заключается как раз в том, что

знаменатель в стоимостном выражении определить бывает непросто. Но если это удалось, то полученный коэффициент должен иметь тенденцию к снижению.

Это самые общие показатели эффективности здравоохранения. Также можно выделить количественные и качественные социальные показатели результативности здравоохранения.

НАЗОВЕМ ОСНОВНЫЕ ИЗ межотраслевых показателей деятельности **всех (исполнительных органов власти, предприятий, организаций, фирм др.) субъектов экономических отношений здравоохранения, направлений на улучшение здоровья населения:**

- 1) величина дополнительных финансовых отчислений предприятий а развитие здравоохранение города, региона;
- 2) величина финансовых отчислений предприятий на улучшение экологической обстановки;
- 3) величина финансовых отчислений на создание условий труда и снижение травматизма работников предприятий;
- 4) величина финансовых затрат на проведение оздоровительных мероприятий и степень охвата населения диспансеризацией, профилактическими мероприятиями;
- 5) степень улучшения гигиеничности материалов, используемых в лечебно-диагностическом процессе и производствах других отраслей экономики, прямо или косвенно связанных со здравоохранением, и т.д.

Величиной финансовых затрат должен быть норматив, устанавливаемый законодательными органами власти субъекта РФ в качестве отчислений от налога на прибыль предприятий и фирм, имеющих накопления денежных средств и сверхприбыль от основной деятельности.

Наличие подобного механизма отчислений финансовых средств субъектов корпоративных отношений здравоохранения на деятельность по охране здоровья населения позволит изыскать дополнительные финансовые источники для увеличения бюджета здравоохранения. Рекомендуется создать такой механизм аккумуляции финансовых ресурсов, предусмотреть развитие так называемых программ ответственного бизнеса и программ, созданных некоммерческими организациями, направленных на улучшение здоровья населения.

Общественная результативность здравоохранения должна оцениваться не по величине полученных доходов от платной медицинской деятельности, а по степени защищенности населения в области охраны здоровья; степени реализации прав пациентов; по увеличению продолжительности жизни; увеличению рождаемости; снижению заболеваемости населения.

Показателями **социальной результативности** в деятельности организаций управления здравоохранением по распределению бюджетных средств и подготовке плана по предоставлению государственных медицинских услуг являются:

- 1) целевое использование областной и муниципальной собственности для осуществления гарантий бесплатной медицинской помощи населению;
- 2) соответствие объемов бюджетного финансирования потребностям, объему и структуре медицинской помощи;
- 3) количество заключенных договоров на выполнение государственного заказа и программ медицинской помощи населению;
- 4) наличие механизма гарантий обеспечения прав как пациента, так и врача;
- 5) уровень культуры медицинского обслуживания;

- 6) наличие системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи;
- 7) наличие механизма сглаживания негативных рыночных последствий в негосударственном секторе здравоохранения;
- 8) степень участия социально ответственного бизнеса в формировании бюджета здравоохранения путем дополнительных финансовых отчислений предприятий на развитие здравоохранения, региона в целом.

Важными являются показатели удовлетворенности пациентов оказанной помощью, в частности, пользующихся услугами государственного сектора здравоохранения. Этот показатель исчисляется следующим образом:

$$УП = \frac{Q_{удовл}}{Q} \times 100\%$$

где УП - удовлетворенность получателей государственных медицинских услуг оказанной помощью;

$Q_{удовл}$ - количество респондентов, удовлетворенных полученной за период медицинской помощью в учреждениях здравоохранения, чел.;

Q - общее количество респондентов, получивших помощь в медицинских учреждениях здравоохранения (города, области) за период, чел.

Доля респондентов, выразивших удовлетворение оказанной медицинской помощью в учреждениях здравоохранения, в динамике должна расти, что будет свидетельствовать о повышении социальной эффективности расходования бюджетных средств.

Еще одним показателем является наличие горячих телефонных линий для связи с общественностью по проблемам здравоохранения и медицинского обслуживания населения. Здесь простые измерители: да/нет. Наличие таких линий свидетельствует о росте социальной эффективности расходования финансовых средств Департаментом здравоохранения. Об этом же говорит показатель «наличие официальных интернет-порталов органов управления и организаций здравоохранения: да/нет». Наличие официального интернет-портала показывает рост социальной эффективности деятельности системы здравоохранения. Также социальную «отзывчивость» здравоохранения характеризует показатель «проведение опросов населения и пациентов учреждений здравоохранения: да/нет». Проведение опросов также свидетельствует о росте социальной эффективности расходования финансовых ресурсов здравоохранения, поскольку позволяет осуществлять обратную связь на основе самооценки населением своего здоровья и наблюдать результаты деятельности подведомственных медицинских учреждений.

Тема 4. Управление и структура капитала организации

Снижение значимости функции управления оборачивается анархией, т.е. полной неуправляемостью, чреватой разрушением и организации как института и как функции, а в политической сфере - разрушением государственности.

Однако не может быть права руководства без обязанности подчинения. Элементарному публично-правовому регулированию и согласованию любых, простых и сложных, социальных договорных человеческих отношений можно противопоставить только хаос. Менеджмент, управление - это философско-герменевтическая активность, направленная на то, чтобы сделать организацию понятной. Чем лучше осознан приказ руководства, тем лучше он выполняется, что в управлении организацией позволяет делегировать полномочия. В противном случае никакого успешного, эффективного менеджмента быть

не может, точнее, менеджмента, повторяющегося в своей результативности, а не разового успеха. Таким образом, без элементарной организации, взаимодействия, уважения и доверия нельзя существовать ни одному предприятию или учреждению.

Следует отметить, что и главной теоретико-методологической установкой, и девизом «государственной» точки зрения менеджмента является следующее положение: «обоснованность научных выводов на основе строго выверенных фактов». Действительно, и руководитель, и исследователь должны овладеть не только обширными знаниями в своей области, методами научного анализа, но и уметь по ситуации, творчески изучать социально-политические, экономические и другие явления прошлого и настоящего. Это необходимо для того, чтобы давать всесторонние, эффективные экспертные оценки и принимать властные решения по поводу прошлого и настоящего любой организации, гражданского общества и государства. При этом исследование включает три важнейших аспекта: исторический, конкретно эмпирический и теоретический. В этом случае менеджмент изучает традиции управления, юридические формы их осуществления, идейно-политические парадигмы и течения, социологические механизмы принятия решений и реализации властных функций, сопутствующее экономическое положение, особенности культуры и т.д.

Строго говоря, объектом социологии являются организации гражданской общества. Политическая социология имеет дело с социальными причинами и отношениями распределения управления, власти и властных структур в обществе; факторами, определяющими политическое поведение людей, политические конфликты, политические установки, ориентацию на мнения, интересы широких слоев населения. Другими словами, политическая социология в большей степени изучает конфликтную сторону организационного процесса как функции управления, технологии реализации власти, как бы предостерегает (в духе теории Р. Дарендорфа) от тупиковых, непродуктивных решений.

Действительно, четкость и определенность самих понятий «управление», «менеджмент» в значительной степени зависят от того, какое содержание вкладывается в понятия «государство» и «власть». Особенно в этом смысле рекомендуется обратить внимание на российскую «государственную» школу - классическое либерально-консервативное направление естественного права. Европейская политическая наука, изучая организацию как функцию управления, берет свое начало от истории идей и сосредоточивает внимание на исследовании государственного права и государственно-политических институтов. Американская школа делала и делает акцент в этой области на рассмотрении социальных основ государственности.

В этой связи следует также отметить и особую важность такой отрасли науки, как государственно-административное управление. С этой точки зрения правовое государство призвано в процессе своего управления обеспечить все возможности для успешного существования и действия как самого гражданского общества, так и его организаций.

Все это позволяет сделать вывод о том, что государство занимает особое место в области менеджмента, является стержневым элементом, вокруг которого объединяется все остальное.

Ресурсы любой организации - это информация, право, технологии, материально-финансовые средства и административные рычаги.

В менеджменте есть золотое правило: «прежде чем начинать бизнес, задумайтесь, насколько доступна ваша фирма для клиента».

Именно наличие развитых информационно-коммуникационных услуг делает организацию:

- 1) более доступной, т.е. позволяющей наладить обратную связь как с потребителем, так и с собственным персоналом;
- 2) более управляемой, мобильной.

Особо отметим, что информационные ресурсы любой организации - это и есть управленческие ресурсы. Именно на основе обмена информацией - правовой, кадровой, технологической, финансовой и т.д. - руководитель и получает сведения, необходимые для принятия эффективных решений и доводит эти решения до работников организации. В этом случае главным представляется весьма конкретный и практичный вопрос: как сделать наши намерения, мысли понятными другому лицу?

Руководитель тратит на коммуникации от 50 до 90% всего времени. Здесь и межличностные отношения, и информационный обмен с разными специалистами и организациями в процессе принятия решений; не говоря уже о не раз упоминавшихся чисто управленческих функциях планирования, организации, мотивации и контроля. Именно потому, что обмен информацией встроен во все основные виды управленческой деятельности, коммуникация - это своего рода становой хребет, связующий процесс менеджмента.

Руководитель, исполняя свою вышеуказанную роль и функцию, уже тем самым формулирует, делает ясными цели организации и средства их достижения. Другими словами, само руководство - это уже коммуникационно-информационный процесс и для руководителя, и для подчиненного.

Если, например, говорить о контактах организации и внешней среды, то здесь следует указать на самые разнообразные средства. С имеющимися и потенциальными потребителями общаются с помощью рекламы и других программ продвижения товаров медицинского назначения и медицинских услуг на рынок услуг здравоохранения. Иногда это происходит с помощью предварительной и длительной информационной обработки электорального поведения населения, с помощью создания нового «стиля жизни», новых потребностей, новых форм социальных связей и отношений, новых информационных коммуникаций. В сфере отношений с общественностью первостепенное внимание уделяется созданию определенного образа, «имиджа» организации. Каждый раз информационные особенности будут другими. В своих отношениях с правительством организациям приходится подчиняться государственному регулированию, т.е. обязанности предоставлять отчетную документацию. В своих ежегодных отчетах любая организация, любое, в том числе и медицинское, учреждение сообщает данные по финансам и маркетингу, а также приводит сведения о своем местоположении, возможностях трудоустройства и карьеры, льготах, социальном пакете и т.д. Используя «группы влияния», а также делая взносы в пользу объединений, общественных движений, комитетов, благотворительных фондов, организация в свою очередь пытается влиять на содержание будущих государственных законов и постановлений. В этой связи следует отметить, что обсуждения проблем отрасли здравоохранения (конференции, собрания, телефонные переговоры, служебные записки, видеоматериалы, отчеты, факсы и Интернет) - это реакция на запросы и вызовы внешнего окружения организации.

Именно от того, как руководители обмениваются информацией, зависит ритм в организации. Именно в этом, информационном, плане руководители - ролевая модель для подчиненных. Если руководство склонно в принуждению сотрудников и сокрытие информации, это плодит, тиражирует в геометрической прогрессии точно такие же

методы на всех уровнях управления и подчинения. В результате в организации наступает полный хаос, так как никто точно не знает ни о целях, ни о средствах своей организации и ее подразделений.

Однако в менеджменте не исключается (и даже может быть знаковым средством) создание условий дефицита информации, и такое поведение руководителя и членов коллектива может иметь функциональную подоплеку: испытание творческих способностей оппонента, провокация конкурента и т.п.

Особую роль в информационном процессе управленческой деятельности играет расшифровка, декодирование сообщения. Речь идет о совпадении, адекватности смыслов автора идеи с ее последующими истолкованиями другими людьми. По ряду причин получатель может придать информации иной, чем имел в виду отправитель, смысл. С точки зрения руководителя, обмен информацией следует считать эффективным, если получатель продемонстрирует понимание идей, указания, приказа путем обратной связи, произведя действия, которых ждал от него отправитель. Именно обратная связь может способствовать значительному повышению эффективности обмена управленческой информацией. Согласно ряду исследований, двусторонний обмен информацией (при наличии возможностей для обратной связи) по сравнению с односторонним (обратная связь отсутствует) хотя и протекает медленнее, тем не менее эффективнее снимает всякого рода напряжения внутри коллектива (в том числе социально-нравственные), более точен и повышает уверенность в правильности интерпретации указаний руководителя.

Очень часто конфликты в области управления возникают именно по «информационным причинам». В частности, по причине различия в изначальных установках отправителя и получателя информации. Например, в крупной организации здравоохранения специалисты по маркетингу могут считать, что активизация сбыта за счет расширения перечня медицинских услуг важнее, чем снижение издержек производства в результате стандартизации продукта медицинского труда. В то же время те, кто предоставляет медицинские услуги, могут мыслить и генерировать идеи для обмена информацией исходя из прямо противоположной точки зрения.

Расхождение между типами «рациональностей» может становиться причиной избирательного восприятия информации в зависимости от круга интересов, потребностей, эмоционального состояния, внешнего окружения, культуры и уровня образования и даже мировоззрения людей. Это исключительно важная характеристика для обмена информацией. Из нее следует, что почти всегда люди воспринимают только часть сообщения, полученного ими буквально. Таким образом, трудности организаций в обмене информацией следуют из различия в толкованиях получаемых сообщений.

В задачи организации деятельности входит определить, чем вызвано непонимание подчиненных? Незнанием, невежеством? Или намерениями, которыми преследовались заведомо ложные и даже пагубные для организации, но своекорыстные цели? Можно сказать, что от решения этих, казалось бы, отвлеченных, «философско-герменевтических» вопросов зависит определение руководством магистральных задач организации.

Управляя организацией, руководитель должен убедить, доказать, обосновать свое решение для того, чтобы подчиненные не просто его послушались, а выполняли приказы наиболее эффективно.

Принуждение к деятельной работе может быть применено только на этапе исполнения, тогда как на этапе обсуждения - только демократическое, либеральное убеждение.

Именно на этом этапе, как известно, возникает эффект Хоторна - условие, в котором новизна, интерес к эксперименту или повышение внимания к исследуемому вопросу приводит к улучшению показателей. Именно здесь может идти речь о *ситуационной теории мотивации*, которая основана на предположении, что поведение человека является функцией не только его потребностей, но и восприятия им той или иной ситуации и возможных результатов выбора того или иного типа поведения. Если же принуждение распространяется и на этап обсуждения, то в данной организации наблюдается весьма нежелательное явление - перерасходы на управленческий аппарат. Однако затраты в организацию не должны превышать ее доходы - только это обеспечивает ее устойчивость.

Вопрос о демократических и недемократических методах организации - самый сложный и многоплановый в менеджменте. Именно этот вопрос курирует большинство проблем и конфликтов, затрагивает основные типы организаций, вступающие во взаимодействие для достижения определенной цели. Менеджмент - это среда с неопределенным результатом *ситуативная модель Фидлера* выделяет три фактора, влияющих на эффективность руководства:

- 1) отношения между руководителем и членами коллектива;
- 2) структура задания;
- 3) должностная власть, т.е. степень власти, данная руководителю должности.

Если руководитель, разделяя доходы организации в хорошие времена, не разделяет расходы в плохие, т.е. исключает подчиненных и их интересы системы управления, то он лишается этих подчиненных.

Еще одной системно-структурной особенностью организации является *планирование* как стадия процесса управления.

В менеджменте важнейшую роль играет не просто планирование, а именно *стратегическое планирование*, которое увязывает цели, миссию, ресурсы, персонал организации с конкретными мероприятиями. Грамотная *стратегия* предполагает долговременный учет востребованности внешней средой того продукта медицинского труда, который предоставляет данное медицинское учреждение. У организации должен быть свой внешний клиент, потребность которого в ее продукте оправдывает ее существование. Медицинское учреждение работает для пациента. Но стратегия учитывает и еще более тонкие социальные отношения: организация, чтобы быть успешной, должна учитывать государственные стандарты и требования к своей работе, а именно стандарты медицинской помощи и порядок ее оказания. Иначе медицинское учреждение не пройдет сертификацию и аккредитацию, а его продукт деятельности не будет «конвертируемым».

Итак, *стратегическое планирование* представляет собой набор действий и решений, предпринятых руководством, которые не только ведут к разработке специфических, узконаправленных стратегий, предназначенных для достижения организацией своих целей, но и для учета интересов и целей клиентов и других предприятий и учреждений. Другими словами, *планирование* включает и вероятное воздействие на организацию так называемого ; фактора внешней среды.

В рамках процесса стратегического планирования существует четыре вида управленческой деятельности:

- 1) распределение ресурсов;
- 2) адаптация (приспособление) к внешней среде;
- 2) внутренняя координация;

4) организационное стратегическое предвидение.

Существуют базовые типы моделей.

Первая - это **физическая модель**, которая является увеличенным или уменьшенным описанием, чертежом, наглядно-точной, упрощающей видимое пространственное восприятие объекта или системы.

Аналоговая модель представляет исследуемый объект аналогом, которой ведет себя как реальный объект, но не выглядит как таковой.

Математическая, или **символическая, модель** использует определенные символы для описания свойств и характеристик объекта или события, математические модели относятся к типу моделей, которые чаще всего пользуются при принятии решений.

Что касается числа всевозможных конкретных моделей науки управления, то оно почти так же велико, как и число проблем, ради которых они разработаны.

Теория игр, или **инновационная модель**, - метод моделирования оценки воздействия принятого решения конкурентов. Теория игр предполагает, что в схожих ситуациях ваши противники-конкуренты будут действовать так, как вы в своей игровой модели. Именно поэтому теория игр используется в менеджменте не так часто, как другие модели. Однако эта модель, безусловно, полезна, когда думается определить наиболее важные факторы, параметры и условия принятия решений, т.е. переменные, которые способны повлиять на ситуацию. Например, руководство определяет: в данной ситуации больше всего надо уделять внимание контролю, представительству, кадровой политике, инвестициям или чему-то еще?

Можно также упомянуть такие модели, как:

- **теория очередей**, или **модель оптимального (массового) обслуживания**, загорая используется для определения оптимального числа каналов обслуживания в связи с существующей у населения потребностью;
- **модель управления запасами** и **модель линейного программирования**, связанные с распределением ресурсов, и т.д.

Особо следует отметить **имитационное моделирование**. Все модели или иначе подразумевают применение имитации в широком смысле, поскольку все являются заменителями реальности. Тем не менее как метод моделирования имитация конкретно обозначает процесс создания модели ее экспериментальное применение для определения возможной степени изменения реальной ситуации. Главная идея имитации состоит в использовании некоего устройства для имитации реальной системы для того, чтобы исследовать и понять ее свойства, поведение и характеристики.

Модели применяются, если отсутствует возможность наблюдения за системой в реальности.

Экономический анализ - тоже одна из форм построения модели. Он вбирает в себя почти все методы оценки издержек и экономических выгод, а также относительной рентабельности деятельности любой организации. Также практически любой метод принятия решений, используемый в управлении, можно технически рассматривать как разновидность моделирования. В дополнение к моделированию имеется еще и ряд методов, способных оказать помощь руководителю в поиске объективно обоснованного решения по выбору нескольких альтернатив той, которая наиболее успешна. Сюда попадают **платежная матрица** и **дерево целей (решений)**.

Для облегчения использования этих методов и вообще повышения качества принимаемых решений руководство пользуется **прогнозированием**.

Платежная матрица - один из методов статистической теории решений. Это метод, который может оказать помощь руководителю в выборе одного из нескольких вариантов, наиболее подходящего к строго определенной ситуации. В самом общем виде матрица означает, что платеж зависит от определенных событий, которые фактически совершаются. Если такое событие или процесс не происходят в виде свершившегося факта, платеж неизбежно будет иным.

Дерево целей (решений) - это еще один популярный метод науки управления, используемый для выбора наилучшего направления действий из имеющихся вариантов. Его можно назвать методом «витязя на распутье». Он подается в виде схематичного представления проблемы принятия решений. Как и платежная матрица, дерево решений дает руководителю возможность учесть различные направления действий, соотнести с ними финансовые результаты, скорректировать их в соответствии с приписанной им вероятностью, а затем сравнить альтернативы. Концепция ожидаемого значения является неотъемлемой частью метода дерева решений. Дерево решений, в отличие от платежной матрицы, можно подстроить под более сложную ситуацию, когда результаты одного решения как бы само-размножаются и влияют на последующие решения. Это полезный инструмент для принятия последовательных решений.

Метод прогнозирования учитывает, что многие допущения, из которых исходит руководитель, относятся к условиям в будущем, над которыми он не имеет никакого контроля. Однако такого рода допущения необходимы для управления. Могут быть экономические прогнозы, прогнозы развития технологий, прогнозы развития конкуренции, прогнозы на основе опросов и исследований и т.д.

Очевидно, что организация, сумевшая правильно установить, как изменится качество жизни или медицинское обслуживание, может иметь преимущество перед конкурентами, планируя выпуск новых товаров медицинского назначения и предоставление новых услуг.

К неформальным методам получения информации относятся вербальные, письменные методы, а также промышленная и политическая разведка.

Вербальная информация. Это самые разные источники устной информации как вспомогательного средства для прогнозирования и моделирования. Сюда следует отнести сведения, полученные от потребителей, поставщиков, конкурентов, на различного рода совещаниях, в профессиональных организациях, от юристов, бухгалтеров, ревизоров, консультантов, родственников, знакомых и т.д. Такая информация затрагивает все основные факторы внешнего окружения, представляющие интерес для организации, но она имеет откровенно неустойчивый, переменчивый характер. Очень часто эти данные неточны, быстро устаревают, расплывчаты.

Письменная информация. Это - газеты, журналы, информационные бюллетени, профессиональные издания, годовые отчеты. Хотя эта информация легко доступна, она страдает теми же недостатками, что и вербальная информация (например, быстро устаревают, хотя и менее субъективна).

Промышленная разведка. Это весьма успешный способ сбора данных о действиях конкурентов, которые затем используются для коррекции целей и задач организации. Здесь промышленная разведка упоминается только для того, чтобы напомнить о важной обязанности руководства, направленной на необходимость строгой и надежной защиты интеллектуальной собственности - человека, организации, государства.

Что касается ***количественных методов прогнозирования***, то их можно использовать с наилучшими результатами в том случае, когда деятельность организации в прошлом

имела определенную тенденцию, которую можно продолжить в будущем и когда информации достаточно для выявления статистически достоверных тенденций. Два типичных метода количественного прогнозирования — это *анализ временных рядов* и *каузальное (причинно-следственное) моделирование*.

Качественные методы прогнозирования используются, если количество информации недостаточно или количественная модель получается чрезмерно дорогой. При этом прогнозирование осуществляется экспертами, к которым обращаются за информацией. Три наиболее распространенных качественных метода - это *мнение жюри*, *модель ожидания потребителя* и *метод экспертных оценок*. Анонимность экспертов помогает избежать возникновения межличностных конфликтов и предубежденности.

Таким образом, управление - это прежде всего юридически ответственное принятие грамотных, ситуативных, но основанных на реальной практике решений. Управление - это вдумчивая кадровая политика, основанная на умении подобрать команду знающих, опытных и нравственных людей. Осведомленность в процессе управления об истинных долгосрочных интересах руководства - это осведомленность управленческой команды:

- 1) о внутренней и внешней ситуации, в русле которой действует организация;
- 2) специфике собственных властных функций, соответствующих той или иной ситуации;
- 3) интересах, способностях и реальных возможностях подчиненных работников, усилия которых надо выявить и скоординировать для успешного функционирования предприятия.

Управление организацией должно создавать благоприятную социально- политическую, экономическую и культурную ситуацию не только внутри, но вокруг учреждения, поскольку самый лучший и надежный способ избавиться от конкурента - это сделать его союзником. Здесь самое верное средство устранения соперника - «убить его ротой».

Управление постоянно повышает качество работы сотрудников и ориентирует их на потребителя. Это означает постоянное самосовершенствование и привитие навыка к самообразованию работников всех уровней, этом руководитель начинает этот процесс с себя и заканчивает рядовым техническим персоналом. Эту способность японские специалисты в области менеджмента называют так: «нагибаться за последним зернышком риса».

Из всего вышесказанного можно сделать следующий вывод: управление единый алгоритм, а навыки и реакция на жесткую, неожиданную ситуацию в системе с неопределенным результатом. Воспитание, постоянное воспроизводство этих навыков - залог успеха. Чем больше сотрудников организации ими обладают - тем успешнее организация.

Тема 5. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений

Организация здравоохранения как субъект экономических отношений является сложным организмом, для которого характерны два уровня отношений: собственно связанные с медицинской деятельностью, нравственными основами этой деятельности и экономические, нацеленные на создание условий для эффективного оказания медицинской помощи. Центральными в экономических отношениях, определяющих все другие, являются отношения собственности.

Экономические отношения собственности, возникающие между людьми и организациями в процессе медицинской деятельности, являются критерием определения

организационно-правовых форм в здравоохранении. В отрасли здравоохранения в соответствии с видами собственности выделяются следующие организационно-правовые формы (ОПФ) деятельности:

- на основе частной собственности возможна деятельность частнопрактикующего врача как индивидуального предпринимателя;

- коллективно-долевая собственность является базой для работы акцизных обществ, которые функционируют в санаторно-курортном комплексе здравоохранения.

Коллективно-долевая собственность характерна также для медицинского кооператива. Возможен смешанный вид собственности в здравоохранении, проявляющийся в государственно-частном партнерстве (ГЧП). самыми распространенными в отечественном здравоохранении является государственная и муниципальная собственность, на основе которой работают медицинские казенные, бюджетные и автономные учреждения. Определим основные экономические особенности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения трех типов одной организационно-правовой формы - «учреждение».

Казенное, бюджетное, автономное учреждения здравоохранения имеют право заниматься приносящей доход деятельностью. Приносящая доход деятельность связана, как правило, с *предоставлением медицинских услуг на коммерческой основе* дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Организация такой деятельности на основе добровольного медицинского страхования - наиболее желательна. При определенных условиях допустимы и другие способы получения доходов, например предоставление в аренду помещений, медицинской техники, безвозмездные поступления.

Формируются лицевые счета бюджетных и казенных учреждений, а именно: группа «доходы от приносящей доход деятельности» и подгруппы доходов бюджетов. На лицевые счета бюджетных и казенных учреждений могут поступать финансовые средства из следующих источников:

- а) доходы от собственности по приносящей доход деятельности;
- б) рыночные продажи товаров и услуг;
- в) безвозмездные поступления от приносящей доход деятельности;
- г) целевые отчисления от государственных и муниципальных лотерей.

К законодательным основам медицинской и сервисной деятельности здравоохранении прежде всего относится ст. 41 Конституции РФ, в которой говорится:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы страны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом».

В Российской Федерации разрешается платная медицинская деятельность, возникшая как способ преодоления экономических противоречий здравоохранения, например

противоречия между уровнем государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению и уровнем их финансирования. Допущено введение соплатежей населения и развитие платных медицинских услуг.

В этом смысле коммерциализация выливается в процесс постепенного приспособления учреждений здравоохранения к рыночным условиям хозяйствования.

В развитие Федерального закона № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее - Федеральный закон № 83-ФЗ) было выпущено распоряжение Правительства РФ от 07.09.2010 № 1505-р «О Федеральном законе «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»». В Распоряжении записано: «В целях реализации Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений” утвердить прилагаемые методические рекомендации по определению критериев изменения типа государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений с учетом сферы их деятельности; рекомендации по внесению изменений в трудовые договоры с руководителями бюджетных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных бюджетных учреждений».

Настоящее распоряжение вступило в силу с 01.01.2011 г.

В соответствии с Федеральным законом № 83-ФЗ финансирование учреждений здравоохранения РФ в системе ОМС осуществляется преимущественно на основе субсидий и субвенций. Например, в п. 37 «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.» (ТПГГ) отмечается:

«Источниками финансового обеспечения в 2014 г. реализации Территориальной программы ОМС (далее - ТПОМС) являются субвенция из бюджета ФФОМС бюджету Московского городского фонда ОМС (МГФОМС), межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС, а также иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации». Под иными источниками в данном случае понимаются преимущественно возможные средства федерального бюджета РФ (п. 44 ТПГГ), если вынужденно превышаются запланированные объемы медицинской помощи для федеральных учреждений здравоохранения, находящихся на территории г. Москвы. Субвенции выделяются на финансовое обеспечение базовой программы ОМС. диспансеризации. Межбюджетные трансферты предназначены для дополнительного финансового обеспечения скорой медицинской помощи.

Суть изменений, внесенных Федеральным законом № 83-ФЗ, — это изменение принципа финансового обеспечения учреждений здравоохранения: если раньше оно осуществлялось на основе бюджетной сметы, то теперь - в виде субсидий на возмещение нормативных затрат, связанных с выполнением государственного (муниципального) задания (пункт 5.6 ст. 6 Федерального закона № 83-ФЗ). При этом уменьшение объема субсидий в течение срока выполнения государственного (муниципального) задания невозможно без соответствующего уменьшения самого государственного задания (п. 5.3 ст. 6 Федерального закона № 83-ФЗ).

В соответствии с Федеральным законом № 83-ФЗ учреждение вправе взывать платные услуги только сверхустановленного государственного муниципального задания (п. 5.4 ст. 6 Федерального закона № 83-ФЗ); может распоряжаться (т.е. передавать в пользование или в залог) имуществом, которое не отнесено учредителем к особо ценному.

Впервые бюджетному учреждению законодательно была установлена возможность заключать договор финансового лизинга (п. 16 ст. 14 Федерального закона № 83-ФЗ).

Казенное учреждение - государственное (муниципальное) учреждение финансовое обеспечение деятельности которого осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основании бюджетной сметы. Экономические особенности казенного учреждения здравоохранения следующие:

- приносящая доход деятельность не запрещается: доходы казенных учреждений (это учреждения по списку) поступают в соответствующий бюджет бюджетной системы РФ (п. 5.4 ст. 5 и п. 296 ст. 13 Федерального закона № 83-ФЗ);
- данные денежные средства - один из видов неналоговых доходов;
- казенным учреждениям нельзя получать субсидии и бюджетные кредиты;
- государство или муниципальное образование несет субсидиарную ответственность по долгам казенного учреждения;
- финансовое обеспечение казенного учреждения осуществляется на основании бюджетной сметы (ст. 13 (е) Федерального закона № 83-ФЗ).

Основным изменением правового положения казенного учреждения (помимо смены наименования типа учреждения) является модификация правового режима денежных средств, полученных от приносящей доход деятельности (п. 5.4 ст. 5 Федерального закона № 83-ФЗ). Ранее доход можно было оставлять на нужды учреждения, которое не характеризовалось определенным типом. Теперь необходимо перечислить полученный доход вышестоящей организации, которой казенное учреждение подчиняется. Также для федеральных бюджетных и казенных учреждений возможны варианты получения дополнительных доходов: сдача в аренду, получение средств от оказания платных услуг, безвозмездные поступления на основе (подп. 3 4 л. 19 ст. 33 Федерального закона № 83-ФЗ).

Бюджетное учреждение перестает быть получателем бюджетных средств и фактическим участником бюджетного процесса. Его доходы перестают быть доходами бюджета. Бюджетное учреждение самостоятельно определяет направления расходования имеющихся средств (п. 5.3 ст. 5 Федерального закона № 83-ФЗ). Модифицировано понятие бюджетного учреждения исходя из которого бюджетное учреждение вправе:

- самостоятельно без согласия собственника распоряжаться закрепленным за ним имуществом (кроме совершения крупной сделки) (п. 5.3 ст. 5 Федерального закона № 83-ФЗ);

Казенным учреждениям предоставлена такая возможность с 01.01.2012 г.

- заключать гражданско-правовые договоры (контракты), не превышающие трех лет (за исключением строительства, капитального ремонта и т.п. (п. 86 ст. 21 Федерального закона № 83-ФЗ);
- доходы, полученные от приносящей доход деятельности, и приобретенное за счет такой деятельности имущество поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения.

В этом смысле финансовые средства, полученные от предпринимательской деятельности, не израсходованные в текущем году, не перечисляются в бюджет, а

остаются в распоряжении учреждения. Однако бюджетное учреждение, получившее бюджетные средства (п. 18 ст. 30 Федерального закона № 83-ФЗ) и не использовавшее их в текущем финансовом году, остатки средств должно перечислить в соответствующий бюджет (абз. 2 п. 1 ст. 78.1 и ст. 78.2 Бюджетного кодекса РФ), т.е. вернуть. Указанные остатки средств могут использоваться бюджетными учреждениями в очередном финансовом году при наличии потребности в направлении их на те же цели в соответствии с решением органа государственной власти (государственного органа), органа управления государственным внебюджетным фондом, органа местного самоуправления, осуществляющего функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения. С разрешения учредителя бюджетному учреждению предоставляется право внесения имущества (за исключением особо ценного) в капитал хозяйственных обществ (п. 14г ст. 6 Федерального закона № 83-ФЗ). Предпринимательская деятельность осуществляется при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах (п. 146 ст. 6 Федерального закона № 83-ФЗ).

Федеральным законом № 83-ФЗ определяются следующие экономические особенности автономного учреждения (АУ), в том числе действующего в здравоохранении: субсидиарной ответственности государства нет. Ответственность по обязательствам АУ несет всем своим имуществом, кроме особо ценного движимого имущества и недвижимого имущества, закрепленного собственником. Особо ценное движимое имущество обозначается в перечне и определяется учредителем. Полученные доходы поступают в самостоятельное распоряжение как источник самофинансирования АУ.

Для бюджетных и автономных учреждений утверждение государственных заданий является обязательным требованием, они не вправе отказаться от выполнения государственного (муниципального) задания.

Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с положениями ст. 17 Федерального закона № 83-ФЗ изменение типа государственного или муниципального учреждения не является его реорганизацией, поэтому бюджетные и автономные учреждения ведут бухгалтерский учет на основе действующего плана счетов для организаций сектора государственного управления.

Преимущественным видом деятельности, приносящей доход лечебным учреждениям, является предоставление платных медицинских услуг.

К нормативной базе, регулирующей предоставление платных медицинских услуг, следует отнести:

- Федеральный закон № 83-ФЗ;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №323-ФЗ);
- Закон Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»;
- Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ);
- постановление Правительства РФ от 10.11.2011 № 917 «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0 процентов налога на прибыль организаций» (далее - постановление Правительства № 917);
- постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Проеме государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 гг.» далее - постановление Правительства № 1273).

В постановлении Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 (далее - постановление Правительства № 1006), утвердившего «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», основные понятия: «платные медицинские услуги», «потребитель», «заказчик», «исполнитель», «медицинская организация». В этом документе также отмечено, что организациям необходимо иметь:

- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии;
- подробное описание условий предоставления платных медицинских услуг.

Так, в п. 7 постановления Правительства № 1006 прямо указано, что медицинские организации, участвующие в реализации Государственной программы и ТПОМС, имеют право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, а именно:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

— установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

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

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;

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

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ, и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

В бюджетных и казенных государственных (муниципальных) учреждениях цены (тарифы) на платные медицинские услуги согласовываются с учредителями. Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены самостоятельно. Впервые четко сказано, что при оказании платных медицинских услуг рекомендуется применять порядки оказания и стандарты медицинской помощи. По просьбе потребителя комплексная медицинская услуга, определенная стандартом, может быть предоставлена в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также больше объема выполняемого стандарта.

В рамках предоставления медицинских услуг на основе договоров ДМС тарифным соглашением со страховой медицинской организацией (СМО) определять цены по принципу: полный тариф + прибыль бюджетного учреждения здравоохранения (БУЗ) + прибыль СМО;

- применять повышающие коэффициенты за оказание платных медицинских услуг в ночное время - 30%; в выходные и праздничные дни - 30%. Повышающие коэффициенты не применяются при оказании неотложной медицинской помощи, в том числе женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, новорожденным и детям;
- заключать прямые договоры между БУЗ и предприятием, т.е. договоры на оказание медицинской помощи с предприятиями города, региона на условиях дополнительного медицинского страхования сотрудников организаций, предприятий, где предоставляется социальный пакет;
- выстроить со сторонними субъектами отношения аренды. Получаемая арендная плата для учреждения здравоохранения также может выступить дополнительным доходом;
- включить режим всемерной экономии ресурсов учреждения здравоохранения как условие сокращения затрат и получения больших доходов. Наладить строгий учет материальных и финансовых ресурсов, обеспечить бережное отношение к медицинскому оборудованию, материально поощрять сотрудников, стремящихся к рациональному использованию ресурсов и достигающих показателей экономии;
- с целью экономии ресурсов, если это рационально, использовать аутсорсинг.

По мнению экономиста в области здравоохранения Т. Н. Жилиной, на основе аутсорсинга возможна передача некоторых функций учреждений здравоохранения как хозяйствующих субъектов сторонним организациям по техническому обслуживанию медтехники, по использованию транспортных услуг централизованных автобаз, услуг централизованных бухгалтерий по ведению бухучета, услуг в области информационных технологий, услуг специализированных прачечных, услуг по уборке помещений с применением медицинского клининга, по применению кейтеринга с целью приготовления пищи для пациентов стационара, услуг клинических лабораторий и охранных услуг. Вопросы экономической целесообразности применения аутсорсинга организации здравоохранения решают самостоятельно.

Все это должно способствовать получению дополнительных доходов учреждениями здравоохранения для достижения их финансовой устойчивости и повышения качества медицинской помощи.

Тема 6. Бухгалтерский и управленческий учет в организации здравоохранения

Учет - это процесс выявления, количественной оценки и передачи экономической информации, имеющий целью информационное обеспечение управленческих решений. Процессы производства, распределения, обмена и потребления требуют постоянного систематического наблюдения, учета и контроля. Без учета ни одна организация не может развиваться, ибо учет - это язык бизнеса. В соответствии с действующим законодательством бухгалтерский учет обязаны вести все юридические лица.

Цель учета - адекватно отражать имеющееся имущество и расчеты между участниками хозяйственного оборота. Золотым правилом бухгалтерского учета во все времена являлось: «нет бухгалтерской записи без документа». Иначе говоря, любая бухгалтерская запись должна быть документально подтверждена.

К принципам бухгалтерского учета относятся следующие:

- принцип денежного измерения (в Российской Федерации - руб.);
- принцип обязательного документирования;
- принцип двусторонности, или двойной записи. Если бухгалтер сделал запись в одном месте (регистре) о поступлении средств, то в другом месте (регистре) он должен обязательно сделать запись о месте их хранения или в выбытии - кредит одного счета и дебет другого счета в одинаковых суммах.

Запись о поступлении средств принято называть кредитовой (от лат. credit - имеет или верит), а запись о месте размещения этих средств называют дебетовой (от лат. debet - должен).

Ниже приводится краткий пример бухгалтерской записи:

кредит - «Учредитель внес свой вклад в уставный капитал» - 100000 руб. (подтверждающий документ - свидетельство о взносе);

дебет - «Оприходованы в кассу деньги от учредителя» - 100000 руб. подтверждающий документ - приходный

Таким образом, учет - это установление наличия чего-либо, его измерение с количественной стороны и отражение хозяйственной или иной деятельности организации на основании документов (в различных измерителях).

В организации здравоохранения должны быть сформированы пять видов учетной информации:

- 1) оперативная;
- 2) управленческая;
- 3) финансовая;
- 4) инвестиционная;
- 5) налоговая.

Систему сбора и обработки информации оперативно обеспечивает бухгалтерский учет. На базе бухгалтерского учета для руководителей и специалистов организации формируется производственная информация с целью принятия эффективных решений, или, иначе, управленческий учет. Обеспечение инвесторов информацией для оценки деятельности организации создает инвестиционный учет. Для того чтобы обеспечить информацией учредителей и кредиторов, ведется финансовый учет. Информация, обеспечивающая руководство данными о состоянии расчетов с государством, собирается в рамках налогового учета.

Бухгалтерский учет в организациях осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете» (далее - Федеральный закон № 402-ФЗ) и Положениями о бухгалтерском учете (ПБУ).

Казенные учреждения здравоохранения ведут бухгалтерский учет *исполнения смет расходов* (или доходов и расходов) по плану счетов, утвержденному Минфином России для учреждений данного типа. БУЗ и АУЗ составляют бюджеты, реализуют бюджетирование.

В соответствии с Федеральным законом № 402-ФЗ ведение бухгалтерского учета и хранение документов бухгалтерского учета организуются руководителем экономического субъекта (п. 1 ст. 7). Бухгалтерский учет может вести главный бухгалтер или иное должностное лицо. Возможно заключить договор об оказании услуг по ведению бухгалтерского учета на условиях аутсорсинга.

Объектами бухгалтерского учета выступают «факты хозяйственной жизни», активы, обязательства, источники финансирования деятельности, доходы, расходы и иные объекты в случае, если это установлено федеральными стандартами.

Под **фактом хозяйственной жизни** понимается сделка, событие, операция, которые оказывают или способны оказать влияние на финансовое положение экономического субъекта, финансовый результат его деятельности или движение денежных средств.

Учетная политика - это совокупность способов ведения экономическим субъектом бухгалтерского учета. Экономический субъект самостоятельно формирует свою учетную политику. Ответственность за формирование учетной политики несет главный бухгалтер. Для тех объектов учета, для которых федеральными стандартами не установлены способы ведения бухучета, субъект определяет их самостоятельно, исходя из требований федеральных и отраслевых стандартов (п. 4 ст. 8 Федерального закона 402-ФЗ).

В соответствии с приказом Минфина России от 01.12.2010 № 157н «Об утверждении Единого плана счетов бухгалтерского учета для органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления, органов управления государственными внебюджетными фондами, государственных академий наук, государственных (муниципальных) учреждений и Инструкции по его применению (с изменениями и дополнениями)» (далее - приказ Минфина РФ № 157н) утверждены требования к учетной политике. В соответствии с ними необходимо разработать «Положение об учетной политике учреждения здравоохранения». Учетная политика должна быть утверждена приказом или распоряжением руководителя государственного (муниципального) учреждения и отражать следующую информацию:

- рабочий план счетов бухгалтерского учета государственных (муниципальных) учреждений, содержащий счета бухгалтерского учета, применяемые для ведения синтетического и аналитического учета;
- методы оценки отдельных видов имущества и обязательств;
- порядок проведения инвентаризации имущества и обязательств;
- правила документооборота и технологию обработки учетной информации, в том числе порядок и сроки передачи первичных (сводных) учетных документов в соответствии с утвержденным графиком документооборота для отражения в бухгалтерском учете;
- формы (сводных) учетных документов, применяемых для оформления хозяйственных операций, по которым законодательством РФ не установлены обязательные формы документов.

При этом утвержденные субъектом учета формы документов должны содержать обязательные реквизиты первичного учетного документа, предусмотренные приказом Минфина России № 157н. Также важно разработать порядок организации и осуществления субъектом внутреннего финансового контроля, а также предусмотреть возможность иных решений, необходимых для организации и ведения бухгалтерского учета.

Основные требования к бухгалтерской отчетности определены статьями 13, 14, 15 и 18 Федерального закона № 402-ФЗ. Для государственных учреждений состав отчетных форм определен приказом Минфина России от 25.03.2011 № 33н «Об утверждении Инструкции о порядке составления, представления годовой, квартальной бухгалтерской отчетности государственных (муниципальных) бюджетных и автономных учреждений».

Нормативную правовую базу правильной организации учетной политики в учреждении здравоохранения определяют действующие федеральные стандарты в области бухгалтерского (финансового) учета:

- Федеральный закон № 402-ФЗ;
- Бюджетный кодекс РФ (БК РФ);
- приказ Минфина России № 157н;
- приказ Минфина России от 06.12.2010 № 162н «Об утверждении Плана счетов бюджетного учета и Инструкции по его применению»;
- приказ Минфина России от 15.12.2010 № 173н «Об утверждении форм первичных учетных документов и регистров бухгалтерского учета, применяемых органами государственной власти (государственными органами), органами местного самоуправления, органами управления государственными внебюджетными фондами, государственными академиями наук, государственными (муниципальными) учреждениями методических указаний по их применению» и ряд других документов.

Нецелевое использование бюджетных средств влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 20 до 50 тыс. руб. или дисквалификацию на срок от 1 года до 3 лет, на юридических лиц - от 5 до 25% суммы средств, полученных из бюджета бюджетной системы Российской Федерации, использованных не по целевому назначению.

Поскольку учреждение здравоохранения преимущественно работает в системе ОМС на основе субсидий, суммы которых определяют объемы финансирования государственного или муниципального заказа на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи, нарушение главным распорядителем условий предоставления субсидий в большинстве случаев влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 10 до 30 тыс. руб. или дисквалификацию на срок от одного года до двух лет. Получатели субсидий также несут ответственность за выполнение условий предоставления субсидий, и нарушение этих условий влечет наложение административного штрафа на граждан и должностных лиц в размере от 10 до 30 тыс. руб., на юридических лиц - от 2 до 12% суммы полученной субсидии.

В 2015 г. изменен порядок предоставления из федерального бюджета межбюджетных трансфертов, а именно: установлен порядок осуществления в 2015 г. территориальными органами Федерального казначейства полномочий получателя средств федерального бюджета по перечислению в бюджеты субъектов РФ межбюджетных трансфертов, включенных в Перечень, утверждаемый распоряжением Правительства РФ. Этот перечень, в частности, включает:

- иные межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов *B* и *C*, антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда)
- субсидии на реализацию отдельных мероприятий государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»;
- иные межбюджетные трансферты на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения в рамках подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни»;
- субсидии бюджетам Республики Крым и г. Севастополь на реализацию мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по иным непрограммным мероприятиям;

- субвенции на выплату государственного единовременного пособия ежемесячной денежной компенсации гражданам при возникновении поствакцинальных осложнений и др.

Главным источником информации для управленческих решений и главным финансовым документом является бухгалтерский баланс.

Баланс организации - сводная таблица всех активных и пассивных счетов, отражающая состояние хозяйствующего субъекта на день составления.

В *актив* включаются те средства, которыми располагает данная организация (экономические ресурсы), в *пассив* - кредиторская задолженность.

Актив баланса - это денежная наличность, ценные бумаги, запасы товарно-материальных ценностей, долгосрочные инвестиции, реальный основной капитал (здания, оборудование), амортизация, нематериальные активы (патенты, например, и др.). Активы должны отвечать двум требованиям: находиться во владении организации и иметь денежное выражение.

Пассив баланса - это краткосрочные кредиты, прочие статьи краткосрочной задолженности, долгосрочный заемный капитал, акционерный уставный капитал, резервы и фонды, накопленная прибыль.

В бухгалтерском учете и балансе отражается то имущество, которое является собственностью организации. Имущество других организаций учитывается обособленно на забалансовых счетах.

Бухгалтерская отчетность формируется как на уровне отрасли здравоохранения, так и на уровне отдельной организации. **Бухгалтерская отчетность** - это совокупность показателей учета, отраженных в форме определенных таблиц и характеризующих движение имущества и финансовое положение организации за отчетный период.

Переход России к рыночной экономике, реформирование социальной сферы и одной из ее важнейших отраслей - здравоохранения обусловили необходимость создания системы национальных счетов здравоохранения (СНСЗ) России. Информация, формируемая и анализируемая в СНСЗ, позволяет не только объективно оценивать экономические результаты функционирования системы здравоохранения, но и определять перспективные направления политики развития отрасли, формировать механизмы эффективного развития. «СНСЗ - адекватная рыночной экономике интегрированная система взаимоувязанных счетов и аналитических таблиц, согласованная с основными понятиями, определениями и классификациями, принятыми в международном сообществе».

Как уже отмечалось, на микроуровне в каждой организации в рамках бухгалтерского учета формируется пять видов учетной информации, в том числе управленческая. Выбор аналитических признаков в бухгалтерском учете должен быть произведен так, чтобы было возможно использовать современный инструмент управления организацией, а именно бюджетирование. Для этого главный врач должен организовать управленческий учет. Задача управленческого учета — получить информацию о ходе производственного процесса в отдельной хозяйственной единице посредством микроэкономического анализа и отразить ее с целью принятия точных управленческих решений. Организация управленческого учета не регламентируется государством - его применение имеет добровольный характер.

Управленческий учет (*Management Accounting*) - упорядоченная система выявления, измерения, сбора, регистрации, интерпретации, обобщения, подготовки и предоставления важной для принятия решений по деятельности организации

информации и показателей для управленцев Прежде всего, управленческий учет создается для того, чтобы оперативно принимать решения, связанные с деятельностью организации.

В управленческий учет включаются следующие процессы:

- 1) бюджетирование;
- 2) определение точки безубыточности;
- 3) процессный расчет затрат (попроцессный метод, от англ. *process cost accounting system*), который применяется при серийном производстве однообразной продукции или при непрерывном производственном цикле;
- 4) проектный расчет затрат (позаказный метод, от англ. *job order cost accounting*) - метод, используемый при изготовлении изделия по специальному заказу. В этом случае затраты на материалы, труд работников и общехозяйственные расходы относят на каждый индивидуальный проект или на партию продукции (например, такой подход характерен для стоматологии).

Рассмотрим особенности этих процессов более подробно.

1. Бюджетирование.

Если управленческий учет - это система сбора и обработки информации, обеспечивающая руководителей и специалистов учреждения здравоохранения информацией о медицинской и иной деятельности для принятия эффективных решений, то **бюджетирование** - это процесс составления и принятия бюджетов, а также последующий контроль над их исполнением. Бюджетирование предназначено для оптимального распределения ресурсов хозяйствующего субъекта во времени. Основное отличие бюджетирования от финансового планирования заключается в делегировании финансовой ответственности. Бюджетирование обусловлено децентрализацией управления, т.е. распределением полномочий и обязанностей по «центрам ответственности».

Центр ответственности - это часть, сегмент организации, менеджер которого отвечает за определенный круг операций. Центры ответственности, исходя из **объема полномочий** и **ответственности**, необходимо подразделять на центры затрат, продаж, прибыли и инвестиций.

В децентрализации управления есть как преимущества, так и недостатки. Главным достоинством является оперативность принятия решений на уровне подразделения, недостатком - некомпетентность решений вследствие несогласованности, незнания всех целей центрального офиса. Однако децентрализация - это не отрицание управления, а ее новое качество, позволяющее максимизировать совокупные доходы организации.

В современную жизнь медицинских организаций вошло понятие «бюджетирование, ориентированное на результат», как система организации бюджетного процесса и управления, при которой планирование расходов осуществляется в непосредственной связи с достигаемыми результатами. Также известны названия данной методики как «бюджетирование по результатам» и «программно-целевой подход».

Преимущества бюджетов (например, бюджета платной услуги как финансового плана расходов и доходов в связи с конкретным видом платной медицинской деятельности) таковы:

- 1) бюджеты заставляют планировать;
- 2) они обеспечивают критерии эффективности (ориентируют на результат);
- 3) осуществляют координацию и коммуникацию внутри организации.

2. Определение точки безубыточности.

Важным элементом управленческого учета является определение порога безубыточности организации здравоохранения. Порог безубыточности необходимо определять как для деятельности в системе ОМС, так и для платной медицинской деятельности.

В первом случае организация защитит себя от убытков и правильно определит необходимые объемы финансирования для выполнения государственного или муниципального заказа по оказанию населению бесплатной медицинской помощи.

Во втором случае учреждение определит экономическую целесообразность предпринимательской деятельности и рассчитает величину дохода сверх точки безубыточности.

Расходы в денежной форме - это затраты (или издержки). В краткосрочном периоде их можно разделить на постоянные и переменные (например, для данного анализируемого года).

Постоянные издержки (FC) организация здравоохранения имеет независимо от объема деятельности. К ним, как правило, относят оклад руководителя, выплаты процентов за кредит, арендную плату, коммунальные платежи и т.п.

Переменные издержки (VC) - это издержки, которые меняются с изменением объема деятельности ЛПУ. К ним, как правило, относят затраты на материалы, медикаменты, оплату труда медицинского персонала. Порог безубыточности определяется по формуле:

$$\text{порог безубыточности} = \frac{FC}{P_i - VC_i}$$

где FC - постоянные издержки;

i - одна медицинская услуга учреждения здравоохранения;

P - тариф медицинской услуги;

VC - переменные издержки;

VC - переменные издержки в расчете на одну медицинскую услугу.

Именно такой объем деятельности покрывает затраты на функционирование организации здравоохранения.

3. Процессный расчет затрат.

Управленческий учет позволяет осуществить калькулирование затрат медицинской организации, основанное на операциях, или процессный расчет затрат. Этот способ подсчета затрат принято называть ABC^1 -подход, или, иначе, АВ-костинг.

Такая усовершенствованная система калькулирования себестоимости позволяет лучше отследить и измерить косвенные (накладные) расходы, используемые для производства конкретных видов продукции, работ и услуг. Прогресс в области информационных технологий способствует совершенствованию данной системы калькулирования.

Суть ABC -системы заключается в том, что она рассматривает отдельную операцию как основной объект калькулирования.

Операция - это событие, задача или единица работы с отдельной целью, например проектирование продукта, его реализация, установка или обслуживание оборудования, сбыт продукции и т.д. ABC -система подсчитывает затраты по отдельным операциям и распределяет их по объектам калькулирования себестоимости на основе базовых единиц учета конкретных затрат. Основные моменты ABC -системы сосредоточиваются на косвенных затратах, потому что прямые затраты могут быть относительно легко отслежены по работам или продукту.

Чтобы определить эти операции, коммерческая медицинская организация в лице главного врача организует команду из сотрудников различных отделов

(организационного, медицинской статистики, сбыта и др.), бухгалтерии и администрации. Команда определяет ключевые операции, например, это могут быть:

- предоставление конкретных видов медицинских услуг;
- обслуживание медицинского оборудования;
- дезинфекция помещений;
- администрирование и управление всеми процессами (в коммерческой организации здравоохранения).

Преимущество *ABC*-системы в том, что в ней определяются операции и затраты по каждой из них. Поэтому на более детализированном уровне можно выяснить, как организация использует свои ресурсы.

ABC-система имеет три отличительные черты, а именно;

- 1) косвенные затраты распределяются на группы по операциям (действиям). Например, четыре операции - четыре группы косвенных затрат;
- 2) для каждой группы определяется базовая единица учета затрат, на основе которой будут измеряться затраты;
- 3) в некоторых случаях затраты, собранные в определенной группе, могут быть прямо отнесены на продукт, а не на выделенную операцию.

Таким образом, *ABC*-система позволяет более точно подсчитать себестоимость операций.

Для того чтобы это осуществить, необходимо:

- 1) выбрать объекты калькулирования затрат;
- 2) определить прямые затраты по продуктам;
- 3) выбрать базовую единицу для распределения косвенных расходов по продуктам;
- 4) определить косвенные расходы на основе выбранных базовых единиц учета затрат;
- 5) подсчитать прямые и косвенные затраты на единицу продукта по каждой базе распределения затрат;
- 6) рассчитать полную себестоимость продукта путем сложения всех прямых и косвенных затрат.

На сегодняшний день налог на прибыль с дохода, полученного в результате предоставления платных медицинских услуг, не взимается. Величина превышения доходов над расходами, представляющая собой прибыль, остается в распоряжении лечебного учреждения и может быть направлена на выплаты стимулирующего характера или реинвестирована с целью укрепления материально-технической базы учреждения здравоохранения. Прибыльность деятельности свидетельствует о ее экономической эффективности.

Таким образом, процессы управленческого учета и использование *AB*-костинга с целью определения структуры себестоимости медицинских услуг помогает сделать обоснованной и точной цену лечения в различных подразделениях учреждения здравоохранения.

Тема 7. Диагностика финансово-хозяйственной деятельности и показатели финансового состояния

Экономический анализ по существу представляет собой исследование количественных аспектов экономических явлений и в настоящее время является необходимым элементом управления, который призван способствовать выбору лучших вариантов экономических действий в соответствии с поставленными целями и задачами. Информацию для

принятия управленческих решений формируют показатели, количественно и качественно характеризующие явление или исследуемый объект. Эти показатели можно разделить на две группы:

- показатели деятельности (как правило, специфичные для конкретной организации здравоохранения);
- показатели эффективности, т.е. отношение наиболее возможного результата деятельности к наименьшим затратам объективно ограниченных ресурсов.

Экономический анализ в качестве метода исследования экономики здравоохранения как по всей совокупности протекающих в ней процессов, так и по каждому из них в отдельности может осуществляться с целью выявления основных тенденций и закономерностей развития отрасли их взаимосвязи и взаимовлияния; факторов, определяющих те или иные результаты, основные пропорции и соотношения. На микроуровне экономический анализ представляет собой методы оценки затрат и выгод относительной прибыльности деятельности, величины чистой прибыли организации на данный период. В процессе анализа хозяйственной деятельности раскрываются социально-экономические факторы, влияющие на эффективность деятельности, что, как правило, служит основой для выбора управленческих решений руководством медицинской организации

Виды анализа хозяйственной деятельности подразделяются на общий и целевой анализ.

Общий анализ исследует все стороны деятельности организации.

Целевой анализ охватывает отдельные направления или решает специальные задачи.

Целевой анализ может быть классифицирован по следующим критериям:

1) по времени принятия решений:

- перспективный,
- ретроспективный,
- текущий,
- оперативный;

2) периодичности проведения:

- периодический,
- единичный;

3) связи с общими функциями управления:

- анализ, предшествующий составлению плана,
- анализ выполнения плана,
- анализ результатов контроля над лечебным процессом,
- анализ эффективности стимулирования труда и т.п.;

4) уровням управления.

- межведомственный,
- внутриведомственный,
- внутриорганизационный,
- внутриотделенческий,
- анализ рабочего места врача, медсестры.

Предмет анализа хозяйственной деятельности организации здравоохранения включает следующие элементы:

- 1) соблюдение договорных обязательств;
- 2) использование основных фондов;
- 3) использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов;
- 4) себестоимость продукта;

- 5) модернизация и переоснащение организации;
- 6) эффективность деятельности медицинского коллектива - прибыль, рентабельность, резервы роста.

Из наиболее значимых **задач экономического анализа** выделяются следующие три направления:

- 1) оценка материально-технических условий предоставления медицинских услуг и выявление их изменений в пространственно-временном разрезе;
- 2) выявление основных факторов, вызывающих изменения в финансово-производственном состоянии организации здравоохранения, и оценка степени их влияния;
- 3) выявление резервов повышения эффективности функционирования организации здравоохранения или фармацевтического предприятия.

К задачам экономического анализа также относятся: выявление способов экономии ресурсов; поиск и внедрение передовых технологий лечебного процесса; оценка эффективности управленческих решений и медицинской помощи¹.

Методы анализа хозяйственной деятельности различны.

Сравнительный метод сопоставляет фактические показатели с плановыми, периодами прошлого года, другими организациями здравоохранения. Также применяются:

- *методы математической статистики* (например, методы изучения одномерных и многомерных статистических совокупностей);
- *методы элементарной математики*⁴, арифметические, алгебраические и другие подобные методы;
- *методы исследования операций* (исследования управления запасами, износа и замены оборудования);
- *эконометрические методы* (например, методы «затраты - выпуск», производственные функции);
- *математической теории оптимальных процессов* (для управления технико-экономическими процессами, управления ресурсами);
- *системный анализ*;
- *методы моделирования*;
- *эвристические методы* (например, методы экспертных оценок).

В экономическом анализе сравнительный метод считается одним из важнейших, именно с него и начинается процесс анализа. Существует несколько способов сравнения:

- 1) сравнение фактических данных с плановыми величинами;
- 2) сравнение с прошлыми периодами;
- 3) сравнение с лучшими методами работы и показателями по подразделениям учреждения здравоохранения, передовым опытом, новыми достижениями медицинской науки и техники.

Если сравниваются средние показатели, необходимо соблюдать определенные условия и требования, а именно: показатели должны исчисляться по каждой однородной группе подразделений данного учреждения здравоохранения или других учреждений (например, результаты деятельности районных поликлиник, специализированных стационаров одного профиля, терапевтов, работающих в одной или разных поликлиниках).

Факторный метод определяет влияние отдельных факторов на изменение определенного показателя. Такой анализ позволяет установить, какой из факторов оказывает на изучаемый показатель решающее воздействие.

Балансовый метод заключается в сопоставлении как в натуральной так и в стоимостной форме системы показателей, например ресурсы и их использование, денежные доходы и расходы, активы и пассивы, производство товаров медицинского назначения и их распределение и т.д.

Индексный метод - это метод статистического анализа, применяемый для изучения динамики явления. С помощью индексов соизмеряются трудовые затраты, дается денежная оценка результатов и т.п. Метод основывается на относительных показателях, отражающих изменение уровня изучаемого явления к таковому в прошлом или к базисному показателю. Индекс рассчитывается как отношение измеряемой величины к базисной

Информационной базой экономического анализа служат данные медицинской и экономической статистики, бухгалтерского и управленческого учета.

Таким образом, **экономический анализ в медицинских организациях** - это совокупность приемов и методов группировки и сравнительной оценки показателей медицинской, хозяйственной и финансовой деятельности целью которого является определение способов рационального использования внутренних ресурсов.

Экономический анализ должен проводиться на всех стадиях формирования и реализации управленческих решений.

Подчинение экономического анализа целям управления позволяет значительно повысить эффективность работы учреждения здравоохранения. Как правило, анализ проводится на основе показателей, которые отражают эффективность использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов в работе учреждения.

Финансово-экономический анализ основывается на данных бухгалтерского учета и вероятностных оценках будущих факторов хозяйственной жизни учреждения здравоохранения. В связи с этим достоверная бухгалтерская отчетность становится информационной базой последующих аналитических расчетов, необходимых для принятия управленческих решений.

Современная организация здравоохранения имеет статус самостоятельно хозяйствующего субъекта. В этой связи возрастает роль руководителя, прежде всего - главного врача как организатора лечебного и хозяйственного процессов. Главный врач должен владеть вопросами взаимоотношений с кредитно-финансовыми организациями, оплаты медицинской помощи и формирования цен на медицинские услуги, использовать в своей работе методы финансового менеджмента. Руководители подразделений медицинского учреждения призваны анализировать результаты и затраты, регулировать потребность в материальных и финансовых ресурсах в целях повышения экономической эффективности медицинской деятельности.

Самым важным вопросом для руководителя является управление кадрами. Сам процесс управления медицинским персоналом проходит определенные стадии:

- 1) анализ ситуации;
- 2) постановка целей;
- 3) стратегическое и тактическое планирование;
- 4) организация;
- 5) контроль.

Управление трудовыми ресурсами - обязанность руководителя любого уровня: главного врача, заведующего отделением, главной медсестры и др. Руководитель должен уметь анализировать численность должностей и физических лиц, движение кадров, квалификацию врачебного и сестринского персонала.

Экономический анализ занятости медицинского персонала представлен в табл. 7.1.

Таблица 7.1.

Показатели и этапы экономического анализа занятости медперсонала

Этап	Вид помощи		
	амбулаторный прием	стационарная помощь	вспомогательные службы
I. Определение расчетных норм времени на единицу работы	Посещение; законченный случай поликлинического обслуживания	Один случай госпитализации (периоды: поступление, диагностический процесс, лечение, выписка)	Исследование; процедура
II. Расчет нормативных показателей по труду	Расчетные нормы процессов; плановая функция врачебной и медсестринской должности .	Расчетный норматив на одну должность (в численности пациентов); количество госпитализированных на одну должность в год	Плановая нагрузка на одну должность (в минуту; условных единиц трудоемкости, или УЕТ)
III. Определение затрат труда на выполненный в учреждении объем работы	Фактическое число посещений в год	Занятость койки в году; фактическое количество случаев госпитализации в год	Затраты труда (в минуту, уел. ед. трудоемкости, или УЕТ) в течение года по подразделениям, группам персонала
IV. Расчет численности медицинского персонала	Численность врачей по объему работы; определение численности среднего и младшего медицинского персонала	Численность должностей врачей по объему работы; численность среднего и младшего медицинского персонала в расчете на фактически занятые ставки в течение года	Численность врачебного и среднего медицинского персонала по объему работы; численность младшего медицинского персонала по нормативному соотношению с расчетным числом врачей и среднего

Экономический анализ предполагает определение уровня *производительности труда* одного работника, что характеризует результаты, достигнутые им в единицу времени. В здравоохранении приняты количественные натуральные показатели (число посещений, процедур, исследований, госпитализаций), которые соотносятся с затратами живого труда и используются в качестве характеристики производительности труда. Стоимостные показатели производительности труда могут выражаться через стоимость оказанных медицинских услуг. Также в результате проводимого анализа может быть определена трудоемкость как показатель, обратный производительности труда.

Производительность труда можно рассчитать следующим образом:

Производительность труда = Чистая прибыль / Среднесписочное число работников x 100%,

где чистая прибыль - это прибыль, после уплаты налогов и процентов за кредит, а также других первоочередных платежей (арендная плата, отчисления в вышестоящие организации и пр.);

среднесписочное число работников - среднеарифметическое от числа работников организации здравоохранения за 12 мес.

Уровень производительности труда может исчисляться для одного работника, работников подразделения, работников медицинского учреждения, работников здравоохранения в целом и как уровень производительности общественного труда.

Помимо трудовых к основным относятся и материальные ресурсы. Исследование эффективности использования материальных ресурсов прежде всего связано с анализом движения основных фондов, к которым относится и медицинское оборудование.

Экономическая эффективность использования коечного фонда, являющегося важной частью основных фондов стационара, понимается как степень его рационального и целевого использования:

$$K_e = K_r \times K_c$$

где коэффициент рационального использования коечного фонда K_r - это

$$K_r = (U_f / A_f) / (U_n / A_n) = O_f / O_n;$$

коэффициент целевого использования коечного фонда - это

$$K_c = U_c / U_f$$

где O_f - фактический оборот койки;

O_n - нормативный оборот койки;

U_c - целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (количество дней в году);

U_f - фактическая занятость коечного фонда (количество дней в году);

A_f - фактическая средняя длительность госпитализации;

U_n - норматив занятости койки;

A_n - норматив длительности госпитализации.

Например, U_f - 345 дн., A_f - 18 дн.; U_n - 330 дн., A_n - 16,2 дн.

Тогда

$$K_r = (345 / 18) / (330 / 16,2) = 19,2 / 20,4 = 0,94.$$

В нашем примере эффективность использования коечного фонда стационара равна 66%, что является показателем низкой эффективности, так как значение этого показателя должно стремиться к 100%. Зона неэффективности составляет 0,34. Если стоимость содержания коечного фонда стационара составит 5 млн. руб. за период, то экономический ущерб от неэффективного использования коечного фонда составит 1,7 млн. руб.

В здравоохранении особенно важно правильно выбрать критерии, отражающие результаты труда, иначе говоря, учитывать не только количественные, но и качественные показатели (например, при высокой загрузке койки может быть мало вылеченных пациентов; в то же время большое количество вылеченных пациентов может объясняться высокой заболеваемостью в регионе и т.д.).

Эффективность использования основных фондов организации здравоохранения можно определить с помощью *показателя фондоотдачи*:

$$\text{Фондоотдача} = \text{Чистая прибыль} : \text{Стоимость основных средств} \cdot 100\%.$$

Фондоотдача может быть выражена как в натуральной, так и в стоимостной форме. Обратный ему показатель - фондоемкость: величина материальных затрат на единицу показателя результата (например, на каждый рубль полученной чистой прибыли).

Анализ использования финансовых ресурсов - это анализ финансовой отчетности. Целью финансового анализа является получение информации о финансовом состоянии и

результатах деятельности организации здравоохранения для подготовки решений по управлению организацией и инвестиционных решений.

В практике деятельности финансово-экономического отдела организации здравоохранения результат анализа - это документ в виде аналитической записки (отчета), содержащей исходные и расчетные данные, итоговые таблицы, графики, комментарии, выводы и заключения аналитика отдела о финансовом состоянии, результатах и выявленных тенденциях. Процесс финансового анализа характеризуется следующей последовательностью действий: финансовая отчетность - анализ - аналитическая справка - управленческие или инвестиционные решения.

Одним из часто используемых видов финансового анализа является **факторный анализ**. Рассмотрим факторный анализ прибыли от реализации продукта (работ, услуг) на следующем примере.

Начнем финансовый анализ с расчета показателя общего изменения прибыли (Δr) от реализации продукта медицинского труда (например, предоставления платных медицинских услуг за один и тот же период двух лет). Данные следует взять из «Отчета об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности», раздел «собственные доходы учреждения» Городской клинической больницы (ГКБ).

$$\Delta r = r_1 - r_0,$$

где r_1 - прибыль отчетного периода; r_0 - прибыль базового периода.

Для этого следует рассчитать влияние на прибыль (или доход):

- 1) изменений цен на реализованный продукт медицинского труда;
- 2) изменений в объеме реализованных медицинских услуг;
- 3) экономии от снижения себестоимости медицинских услуг.

Необходимо ввести следующие понятия:

1) R_{2014} , R_{2015} - Доход, полученный от платной медицинской деятельности в соответствующем периоде. В нашем примере платная медицинская деятельность составляет 8% от всего объема оказываемых больницей медицинских услуг;

2) TC_{2014} , TC_{2015} - расходы на оказание платной медицинской помощи в соответствующем году;

3) r_{2014} , r_{2015} - прибыль, полученная от платной медицинской деятельности в соответствующем периоде;

4) Q_{2014} , Q_{2015} - количество пациентов (или оказанных каждому из них комплексных услуг, т.е. один пациент - одна комплексная медицинская услуга) в соответствующем периоде;

5) P_{2014} , P_{2015} - средняя цена платной медицинской услуги в соответствующий период, которая находится как отношение $R : Q$ (обычно при расчете методом «издержки +» $P = TC + r$). Однако в медицинских организациях часто ставится следующая задача - с помощью доходов (выручки) от платных медицинских услуг компенсировать хотя бы расходы, в которые входит и дополнительная (к уже получаемой) заработная плата сотрудников больницы. Поэтому цена (в отличие от нашего примера) в этом случае равна себестоимости или величине расходов TC в текущих ценах.

Прибыль как категория рыночных отношений выполняет следующие функции: характеризует экономический эффект, полученный в результате деятельности организации здравоохранения; является основным элементом финансовых ресурсов и источником формирования бюджетов разных уровней. Напомним, что «приносящая доходы деятельность» в учреждениях здравоохранения различного типа в соответствии с п. 8 ч. 19 ст. 33 Федерального закона № 83-ФЗ - это прежде всего:

- а) доходы от собственности по приносящей доходы деятельности;

- б) рыночные продажи товаров и услуг;
- в) безвозмездные поступления от приносящей доход деятельности.

При прочих равных условиях чем выше прибыль, тем выше финансовая эффективность.

С социально-экономической точки зрения прибыль - не главное в деятельности медицинского учреждения, поэтому в качестве желаемого конечного финансового результата можно рассматривать полное покрытие целевых текущих расходов за счет целевого использования доходов (финансовых поступлений из разных источников), достижение своеобразной точки безубыточности. Законодательство РФ разрешает учреждению здравоохранения получать прибыль. Тем не менее данное учреждение как некоммерческая организация, получает не прибыль, а превышение доходов над расходами, стремится к социальному эффекту, а не прибыли. Учреждения здравоохранения, занимающиеся предоставлением общественных благ, не располагают капиталом и реализуют деятельность, применительно к которой не ставится (или не должен ставиться) вопрос о рентабельности, значение имеет прежде всего социальный эффект.

Рентабельность работы медицинской организации - это отношение прибыли, полученной учреждением здравоохранения от платной медицинской и сервисной деятельности, к среднегодовой стоимости основных фондов и оборотных средств (или к совокупной себестоимости).

Себестоимость - это издержки на получение единицы медицинских и сервисных услуг, выраженные в денежной форме, как правило, в текущих ценах. В финансовом анализе исследуется прибыльность (рентабельность) для того, чтобы оценить целесообразность, динамику, структурные изменения затрат, уровень издержек в лечебной и хозяйственной деятельности, абсолютную и относительную экономию (или перерасходы) издержек. Таким образом, рентабельность как показатель эффективности деятельности - это относительная величина прибыли, выражаемая в процентах, и при расчете прибыль сопоставляется с затратами. В учреждении здравоохранения чаще под прибылью понимают превышение доходов над расходами, находят разницу между данными величинами. Если превышение доходов над расходами получено по итогам работы за год, то учреждение здравоохранения заработало прибыль. Это важный финансовый показатель экономической эффективности.

Определить *порог рентабельности* (или, иначе, безубыточности, самоокупаемости) учреждения здравоохранения можно в среднем на одну медицинскую услугу с учетом переменных и постоянных издержек:

Порог рентабельности $-FC / (P_i - VC_i)$,

где FC - постоянные издержки;

P_i - цена i -й медицинской услуги;

VC_i - переменные издержки i -й медицинской услуги.

В медицинской организации такой расчет легче провести, когда бюджетная деятельность отделена от внебюджетной, показатели деятельности фиксируются на отдельном специальном счете и бухгалтерский учет также ведется отдельно. Однако это не означает, что, получив доходы из разных источников и покрыв издержки, учреждение здравоохранения не может сгруппировать эти данные и провести экономический анализ порога рентабельности. Таким образом, медицинская организация возвращает затраты работает тем эффективнее, чем величина выручки выше точки самоокупаемости; обратное свидетельствует об убытках.

Если в результате проведенного экономического анализа выводы окажутся неудовлетворительными, необходимо составить и реализовать план оздоровления финансового состояния медицинской организации. Он может включать следующие мероприятия:

- увеличение размера уставного капитала и других собственных средств;
- ликвидацию убытков прошлых лет;
- эффективную инвестиционную деятельность;
- сокращение расходов на ведение дела;
- увеличение объемов предпринимательской деятельности (например, платной медицинской деятельности) и доходов от нее;
- пересмотр цен на медицинские услуги, приближение себестоимости к реальным затратам учреждения здравоохранения (формирование полного тарифа на уровне себестоимости, а для платных услуг, помимо этого, еще и наличие в тарифе расчетной прибыли) и, если этому способствует рыночная конъюнктура, увеличение доли прибыли в цене;
- экономия имеющихся ресурсов учреждения здравоохранения;
- более широкое внедрение и развитие медицинского лизинга,
- разрешение более свободно пользоваться арендной платой и формировать фонд амортизации как временно свободный источник денежных средств;
- улучшение механизма взаимодействия федерального, регионального бюджетов и средств ОМС, других источников финансирования с тем, чтобы сбалансировать объемы гарантированной бесплатной медицинской помощи с реальными финансовыми средствами.

Удовлетворительная же финансовая ситуация проявляется в правильных денежных взаимоотношениях организации здравоохранения с финансовыми партнерами и прежде всего - в своевременности платежей.

Учреждения здравоохранения финансово взаимодействуют с ТФОМС и СМО.

Экономическая эффективность системы управления финансовыми ресурсами ТФОМС должна оцениваться на основе целого ряда показателей.

1. *Коэффициент эффективности поступления страховых взносов.* Этот показатель рассчитывается по формуле

$$КЭфП_{ст.в} = \text{ФОП}_{ст.в} / \text{ПОП}_{ст.в}$$

где $КЭфП_{ст.в}$ - коэффициент эффективности поступления страховых взносов;

$\text{ФОП}_{ст.в}$ - фактический объем поступлений страховых взносов;

$\text{ПОП}_{ст.в}$ - плановый объем поступлений страховых взносов.

Если этот показатель равен или больше 1, то объем поступлений страховых взносов достаточен. Если этот показатель меньше 1, то объем поступлений страховых взносов недостаточен.

2. *Уровень расходов.* Уровень расходов определяется путем сопоставления фактических и плановых показателей. Определив плановую сумму финансовых средств, требуемую на выполнение ТПОМС, мы можем сопоставить ее с фактической суммой, сформированной на выполнение ТПОМС. С точки зрения эффективности эти суммы должны быть равны, а их соотношение, или уровень расходов, равно 1.

3. *Эффективность использования страховых взносов.* В этом случае применяется коэффициент эффективного распределения финансовых средств на оплату медицинской помощи ТФОМС, который рассчитывается как

$$КЭфР_{ф.с} = \text{Дср.омс} / \text{О}_{ст.в}$$

где $KЭФР_{ф.с.}$ - коэффициент эффективного распределения финансовых средств на оплату медицинской помощи ТФОМС;

$Д_{ср\ омс}$ - доля средств ОМС, направленных на финансирование учреждений здравоохранения;

$О_{ст.в.}$ - объем поступивших страховых взносов, штрафов, пени.

4. *Показатели эффективности управления финансовыми ресурсами СМО.* К ним относятся выручка, прибыль, коэффициент снижения затрат рентабельность. Важным условием финансовой устойчивости СМО является правильно сформированный тариф на медицинскую услугу. Здесь экономические интересы СМО и учреждения здравоохранения могут быть противоположными. Однако социальная ответственность СМО должна способствовать тому, чтобы тарифы на медицинские услуги окупали затраты учреждения здравоохранения. Это обеспечит финансовую устойчивость последнего.

5. *Количество своевременно заключенных СМО договоров с учреждениями здравоохранения за текущий период является показателем деловой активности.* Этот показатель должен в идеале равняться 100%.

Финансовый анализ в организациях здравоохранения является частью общего, полного анализа лечебной и хозяйственной деятельности, который состоит из двух тесно взаимосвязанных разделов: *финансовый анализ* и *производственный управленческий анализ*, на основе которых в дальнейшем формируется финансовая политика. Краткосрочная финансовая политика, как правило, определяется на период, равный году, долгосрочная - на период пять и более лет.

Помимо формируемой краткосрочной и долгосрочной финансовой политики в процессе управления организацией здравоохранения возникает необходимость ее оценки с позиций общественной результативности и эффективности. *Общественная результативность* в здравоохранении оценивается не по величине полученных доходов, а по степени защищенности населения в области охраны здоровья; степени реализации прав пациентов; увеличению продолжительности жизни; увеличению рождаемости; снижению заболеваемости населения (города, района); степени охвата населения диспансеризацией, профилактическими мероприятиями. Учреждение здравоохранения в своей деятельности должно стремиться к положительной динамике данных показателей, что будет отражать его общественную результативность.

Тема 8. Экономические, финансовые и организационно-управленческие модели для организации управления

Управление медицинским персоналом организации здравоохранения основано на общих правилах, разработанных теорией менеджмента. Кадровый состав - самое ценное, что имеет медицинская организация, и эффективное управление им - главная задача руководителя. Сразу отметим, что именно человек обладает высшим даром - способностью к творчеству. Именно он создает продукты, идеи, услуги, прибыль. Государств: организации создают определенную институционально-управленческую инфраструктуру в своем лучшем виде - стимулирующую, мотивирующую. Последнее предполагает, что управленческая деятельность направлена не на создание прибыли (так как ничего не создает, но как функция она координирует, контролирует и мотивирует), а на то, чтобы:

- 1) не допустить убыток;
- 2) не упустить выгоду.

Руководители всегда осознавали, что необходимо побуждать людей работать на организацию. Ранее уже не раз приводились ссылки на классические труды по теории управления. При этом постоянно подчеркивалось, что для этого недостаточно простого материального вознаграждения Наполеон, как известно, определил три фактора, которые правят человеческим честолюбием: деньги, сила и слава. Последнее, полагал он, самое сильное средство. Ордена, знамена и мундиры зажигают сердца людей там, где уже ничего не добьешься насильем или золотом.

Каковы же истинные побуждения, которые заставляют людей отдавать заботе максимум усилий? Они чрезвычайно сложны, здесь нет общих правил. Сюда входят очень многие историко-культурные и, как показал М. Вебер, религиозные составляющие. Каковы же современные модели мотивации?

С точки зрения управления можно дать такое определение: **мотивация** - это процесс побуждения себя и других к деятельности для достижения личных целей или целей организации.

Отметим, что изучение мотивации с психологической точки зрения не позволяет определить точно, что же побуждает человека к труду. Однако исследование поведения человека в труде все-таки дает некоторые общие объяснения мотивации и позволяет создать прагматические модели мотивации сотрудников на рабочем месте. Можно разделить различные теории мотивации на две категории: содержательные и процессуальные.

Содержательные теории мотивации основываются на идентификации тех внутренних побуждений (называемых потребностями), которые заставляют действовать людей определенным образом. В этой связи доказательны работы А. Маслоу, Д. МакКлеланда и Ф. Герцберга. Более современные процессуальные теории мотивации основываются в первую очередь на том, как ведут себя люди с учетом их восприятия и познания. Основные процессуальные теории, которые здесь имеются в виду, это теория ожидания, теория справедливости и модель мотивации Портера - Лоулера. Важно понять, что хотя эти теории и расходятся по ряду вопросов, они не являются взаимоисключающими. Развитие теорий мотивации имело эволюционный, а не революционный характер. Главное - указывать область применения именно данной теории в практике управления. Но чтобы понять суть мотивации и ее место в системе управления, рассмотрим такие основополагающие понятия, как потребности и вознаграждения.

Можно говорить, что человек испытывает **потребность**, когда он ощущает физиологически, психологически, экономически, идеологически и т.д. нехватку чего-либо. В любом случае можно говорить, что потребности в принципе можно классифицировать как первичные и вторичные.

Первичные потребности считаются физиологическими и, как правило, врожденными. Это пища, вода, дыхание, сон и т.д.

Вторичные потребности рассматриваются как психологические. Это убеждения, из которых проистекают определенные предпочтения в области быта, декора, искусства, культуры, религии и, в частности, политики. Например, потребности в комфорте, развлечениях, умственном и духовном развитии, образовании, успехе, уважении, привязанности, общении, взаимодействии; потребности во власти, с одной стороны, и подчинении с другой, принадлежности кому-либо или чему-либо; потребности в самоидентификации - не только в индивидуальном, но и коллективном, социально-политическом плане.

Поскольку потребности вызывают у человека стремление к их удовлетворению, то менеджеры должны создавать такие ситуации, которые позволяли бы людям чувствовать, что они могут удовлетворять свои потребности посредством определенного типа поведения, приводящего к достижению целей организации.

В этом смысле, как показывает управленческая теория и практика, высший положительный мотивационный эффект для людей имеет создание рабочих мест с более сложными задачами и большей ответственностью. Но отнюдь не для всех. Как полагал один из авторитетнейших идеологов политической теории консерватизма лорд Дж. Эктон, основа философии власти, определяющая большинство конституций западных стран, может быть выражена так: да, люди равны, но не между собой, а перед законом, и не по отношению к одним и тем же благам.

Что касается понятия «вознаграждение», то это уточнение потребности. Оно имеет более широкий смысл - это все, что человек считает ценным для себя. Но понятия ценности у людей специфичны, а следовательно, и различна оценка (с позиций ценностей культуры, религии, философии, обыденного сознания и т.д.) того, что же является вознаграждением и какова его относительная ценность. В политической области *ценности*, характеризующие предпочтения в определении типов вознаграждений, потребностей, мотиваций, могут быть самые разные. Например, ценности консервативные, либеральные, леворадикальные, государственно-патриотические, анархо-эгоистические, социал-демократические и т.д.

В этом смысле вознаграждение потребностей бывает внутренним и внешним. Именно эти типы вознаграждений должен учитывать в своей деятельности руководитель.

Внутреннее вознаграждение дает сама работа. Например, это чувство достижения результата, содержательности и значимости выполняемой работы, самоуважения. Дружба и общение, возникающие в процессе работы, подтверждение собственного профессионализма в успехе совместной деятельности также рассматриваются как внутреннее вознаграждение. Наиболее простой способ обеспечения внутреннего вознаграждения - создание соответствующих условий работы и точная постановка задачи. Имение внутренними мотивами можно объяснить притягательность сфер бизнеса и политики. Не секрет, что даже при очень большом уровне материальной благосостояния (что, впрочем, тоже бывает не всегда) в силу чрезвычайной занятости ни политики, ни бизнесмены серьезного ранга практически не имеют возможности пользоваться плодами своего положения. Истинный политик, менеджер или бизнесмен, стоящие на высоте своего положения, т.е. рассчитывающие не на краткосрочный успех, а на устойчивую и долговременную перспективу, всегда - сознательно или бессознательно, вынужденно или добровольно - скорее аскеты, чем гедонисты.

Что касается *внешнего вознаграждения*, то оно возникает не от самой работы, а дается организацией. Примеры внешних вознаграждений - это зарплата, продвижение по службе, символы служебного статуса, престижа я

карьерного роста (мундиры, ордена, именное оружие, грамоты, личный кабинет, автомашина, право на бесплатное обслуживание в социальной сфере и т.д.), похвалы и признание в средствах массовой информации (СМИ), а также разного рода привилегии, дополнительные выплаты и т.д.

Чтобы определить, как и в каких пропорциях нужно применять внутренние и внешние вознаграждения в целях мотивации, администрация должна установить, каковы потребности ее работников.

Руководители отрасли здравоохранения и бизнесмены в рамках государственно-частного партнерства должны удовлетворять потребности граждан и сотрудников, коль скоро они заинтересованы в успехе своей страны или организации. Поскольку в различных странах относительная важность моральных и материальных стимулов определяется по-разному, руководители должны знать эти различия и принимать их в расчет. По мнению Аристотеля, любые перемены в управлении могут быть успешными только при одном условии: если они будут являться по сути или, по крайней мере, представлены соответствующими присущими данной общности обычаями и традициями. Именно поэтому в Древнем Риме считали, что «обычай сильнее закона». Закон же может быть сильнее обычая только в одном случае - если он ему не противоречит.

В соответствии с теорией иерархии потребностей А. Маслоу можно отметить управленческий тип руководителей, придающих большее значение удовлетворению всего разнообразия личностных и общественных потребностей подчиненных (согласно концепции А. Маслоу - это три высших уровня), например:

1) *социально-политические потребности*, включая:

- общение;
- единство;
- диалог с гражданским обществом или персоналом;
- легитимация гражданского общества и неформальных групп, если их деятельность не носит маргинально-девиантного, криминального характера;
- создание условий для социально-политической активности;

2) *потребности в уважении*, в том числе:

- создание рабочих мест с повышенной ответственностью за более содержательную работу;
- создание обратной связи между легитимной и трудовой деятельностью и ее положительными результатами;
- высокая и своевременная оценка достигнутых результатов;
- делегирование дополнительных прав и полномочий;
- возможности карьерного роста;
- повышенное внимание к образованию и переподготовке;

3) *потребности в самовыражении*, включая:

- возможности духовного роста и наиболее полного использования личного потенциала;
- предоставление прав и обязанностей, требующих полной отдачи;

- поощрение и развитие у подчиненных творческих способностей.

Далее следует отметить тип руководителей, которые более всего стремятся удовлетворить именно социальные потребности своих подчиненных. И здесь, как и в предыдущем случае, повторяем, дело зависит от реальных особенностей ситуации, конкретных работников. А главное - от искусства руководителя, способного обнаружить и учитывать эти особенности. В данном же случае речь идет о важности использования таких вознаграждений, как повышение статуса, социальное уважение, признание заслуг. Очень важно здесь сделать следующую оговорку. Теории мотивации, разработанные, например, американскими учеными, базируются на неявном допущении того, что американская, а точнее, западно-центристская (еще ее называют мондиалистской, глобалистской) система культурных ценностей и идеалов (либеральная демократия, рыночная экономика, индивидуализм, комфорт, прогресс и всевластие естественных наук и технологий, рационализм, постмодернизм, подчинение природы и т.д.) наиболее совершенна и универсальна. Близость к таким разработкам - только положительная и говорит о достоинствах. Отдаленность не приветствуется и свидетельствует об архаизмах и недостатках. Однако это далеко не так. В мире - в прошлом и настоящем - существовали и существуют успешные способы управления. Как известно, на Востоке большее внимание уделяется ценностям гармоничного существования природы и человека. А в России в соответствии с византийской традицией - это созвучие духовных и природных начал в человеке, государства и гражданского общества в вопросах управления.

Ответственность - это обязательство выполнять имеющиеся задачи предназначение, означающее необходимость идти к соответствующим целям и отвечать за их удовлетворительное осуществление. Под обязательством понимается то, что от индивида ожидается выполнение конкретных рабочих требований, когда он занимает определенную должность в организации. Фактически, индивид заключает контракт с организацией на выполнение задач данной должности в обмен на получение определенного вознаграждения. Ответственность означает, что работник отвечает за результаты выполнения задачи перед тем, кто передает ему полномочия. Это его собственная ответственность, не снимающая ответственности и с руководителя. При этом делегирование реализуется только в случае принятия полномочий, в случае добровольного самоопределения человека. В противном случае руководитель будет сталкиваться с проявлением поведения подчиненного под лозунгом «а я не обязан...». Собственно же ответственность не может быть делегирована. Руководитель не может размывать ответственность, передавая ее подчиненному. Хотя лицо, на которое возложена ответственность за решение какой-либо задачи, не обязан: выполнять ее лично, оно остается ответственным за удовлетворительное завершение работы. Например, руководитель хирургической бригады делегирует многие важные обязанности медицинским сестрам. Но если пациент умрет из-за того, что сестра выбрала неправильную группу крови для

переливания, ответственным за это будет врач, и именно его привлекут к суду за преступную халатность.

В крупных организациях руководители редко общаются с подчиненными на низших уровнях, которые фактически выполняют большинство конкретных задач. Тем не менее именно руководитель высокого ранга несет ответственность за дела фирмы и своих подчиненных, например, перед акционерами.

Объем ответственности - вот одна из причин высоких окладов у менеджеров, особенно руководящих крупными предприятиями. Но даже сверхвысокий оклад вряд ли привлечет квалифицированного управляющего, если он не видит способа влияния на деятельность людей, от которых зависит успех. Таким образом, на первый план выступают полномочия, которые представляют собой ограниченное право использовать ресурсы организации и направлять усилия некоторых ее сотрудников на выполнение определенных задач.

Полномочия делегируются должности, а не индивиду, который занимает ее в данный момент. Это отражено в старой военной пословице: «Честь отдается мундиру, а не человеку». Однако поскольку делегирование невозможно, пока на должности нет человека, обычно говорят о делегировании полномочий индивиду.

Имеются две концепции процесса, посредством которого передаются полномочия. Согласно классическому менеджменту, полномочия передаются от высших к низшим уровням организации.

Однако, с точки зрения «административной» школы менеджмента, подчиненный имеет право отклонить требования начальника. На этой основе формулируется *концепция принятия полномочий*. Полномочия определяются как информация (приказание), на основе которой участник организации направляет свои действия и определяет, что он обязан или не обязан делать в рамках задач организации. Таким образом, если руководитель, согласно «административной» школе, выражает требование, а подчиненный с ним не соглашается, т.е. не принимает полномочия от руководителя, то «делегирование полномочий» не состоялось. Конечно же, преимущества, как и недостатки «классического» или «административного» делегирования полномочий проявят себя с позиций реального управленческого опыта. Однако следует отметить, что «административная» школа более уязвима. В ее позициях многое из того, что еще нуждается в обосновании, уже принимается за доказанное. Выводы «административной» школы теоретически признают, но на практике им часто не следуют, и в этом смысле есть опасность для «науки об управлении» приобрести «декоративный характер».

Даже при демократическом управлении часть организации, берущая в соответствии с ситуацией бремя ответственной власти, берет ее именно авторитарно (например, в армейских подразделениях в случае гибели командира). Тут важно, как показал М. Я. Острогорский, соблюдать меру и

видеть грань, за которой возникает «контроль ради контроля», «управление ради управления», «организация ради организации», а не той «миссии», ради которой организация была создана.

В управлении людьми руководителю также важно осознавать пределы полномочий. Согласно уже приведенному определению, полномочия являются ограниченным правом использовать ресурсы и командовать людьми. Внутри организации эти пределы обычно определяются политикой, процедурами, правилами и должностными инструкциями, изложенными в письменном виде или переданными подчиненному устно. Однако существует еще и множество внешних ограничений полномочий, и не только законодательных.

Большая часть полномочий руководителя определяется традициями, нравами, культурными стереотипами и обычаями гражданского общества, в которых организация функционирует. Даже сам факт поддержки тех (а не иных) полномочий начальника - это уже их ограничение, сужение.

Уже говорилось, что полномочия и власть часто путают друг с другом. Да, полномочия определяются как делегированное, ограниченное, присущее данной должности право использовать ресурсы и распоряжаться людьми организации. Власть, в отличие от этого, представляет собой реальную способность действовать или возможность влиять на ситуацию. Можно иметь власть, не имея полномочий.

Другими словами, полномочия определяют, что лицо, занимающее какую-то должность, имеет право делать то, что оно делает. Власть определяет, что оно действительно может делать. Способы использования власти могут оказывать положительное или отрицательное воздействие на организацию. Лидерство сильно зависит от власти, и люди часто используют власть, чтобы добиваться целей организации.

Как уже указывалось, полномочия всегда ограничены. В некоторых случаях эти пределы изменяют характер полномочий в такой значительной степени, что становится важным рассмотреть отношения между уровнями полномочий, которые проявляются в виде двух общих типов: линейные и аппаратные (штабные) полномочия.

Линейные полномочия - это свидетельство исполнительной власти. Они передаются непосредственно от начальника к подчиненному и далее к другим подчиненным. Делегирование линейных полномочий создает иерархию уровней управления организации. Процесс создания иерархии называется *скалярным принципом*. *Результирующая иерархия*, по которой передаются распоряжения, называется *скалярной цепью*, или *цепью команд*. Наиболее наглядным примером цепи команд является иерархия военных подразделений. Так, военные определенного ранга легко отличаются от военных более высокого или низкого ранга по обмундированию и знакам различия. Здесь иерархия действительно в буквальном смысле этого слова называется цепью команд. Цепь команд, созданная делегированием полномочий, является характерной чертой всех организаций.

Штабные полномочия свидетельствуют о рекомендательно-консультативных, экспертных, законодательных функциях управления, которые еще надлежит должным образом оценить руководством линейного управления.

В целом при всех различиях в деталях существует два подхода к штабной работе. Да, люди из аппарата (штаба) занимаются в основном общим планированием. Именно они интегрируют работу линейных руководителей в работающую систему. Но одни считают, что единственный способ для аппаратных сотрудников стать эффективными работниками - это на деле пройти всю линейную цепочку должностей. На практике проявляется и другая тенденция: молодой специалист престижного вуза сразу принимается на работу на должность руководителя высокого ранга и выполняет общие стратегические задачи фирмы. Главное правило: затраты на аппарат не должны превышать преимуществ от его функционирования.

Можно классифицировать штабной аппарат по трем основным типам, учитывая функции, которые он выполняет:

- 1) консультативный;
- 2) обслуживающий;
- 3) личный.

Однако следует помнить, что на практике затруднительно провести четкую границу между этими типами, поскольку часто аппарат выполняет как обслуживающие, так и консультативные функции.

Представим *консультативный профиль* штабной должности на следующем примере.

В США резко увеличилось применение автоматизированной обработки данных. Параллельно с этим ростом увеличивается потребность в системных аналитиках (до 20 тыс. чел. нанимается на эту работу каждый год). Системный аналитик анализирует проблемы и информационные потребности организации перед внедрением новой системы обработки данных или реконструкцией старой. Поэтому менеджер, используя рекомендации системного аналитика, никогда не поставит компьютер там, где он бесполезен или неэффективен.

Системный аналитик-стратег сотрудничает с конкретными специалистами-аналитиками. Но не только со штабистами. Он работает буквально со всеми: и с руководителями, и с линейными, и с аппаратными специалистами и должен иметь представление о том, что происходит в маркетинге и производстве, а также в бухгалтерском учете и в планировании.

Таким образом, когда в каком-то подразделении, организации возникает проблема с существующей системой обработки данных или это подразделение хочет перейти к современной, более производительной системе программного обеспечения, системный аналитик должен определить требования к информации и затем разработать новую модель информационного потока, который можно автоматизировать. Цель новой модели заключается в удовлетворении новых информационных потребностей или требований к производительности, которые представлены пользователями системы.

Системный аналитик входит в консультативный аппарат. В обязанности этих специалистов входит консультирование линейного руководства в их области знаний или консультирование по координации различных информационных областей, так или иначе связанных с управленческой деятельностью. Это могут быть, например, общая политика компании, право, новейшие или специальные технологии, обучение и повышение квалификации, работа с кадрами и т.д.

Обслуживающий аппарат - это линейный, исполнительный уровень штабной работы, направленный на внедрение определенных услуг. Наиболее известным и часто встречающимся примером использования обслуживающего аппарата является отдел кадров, имеющийся в большинстве крупных организаций (как государственных, так и частных). Отдел кадров ведет личные дела сотрудников, находит и проверяет потенциальных кандидатов на работу и в некоторых случаях предоставляет линейному руководству требуемые кадры.

К другим областям, где используется обслуживающий аппарат, относятся связи с общественностью, маркетинговые исследования, финансирование, планирование, материально-техническое снабжение, оценка воздействия какого-либо из проектов на окружающую среду и юридические проблемы.

Личный аппарат - это разновидность обслуживающего аппарата, когда руководитель нанимает секретаря или помощника. В обязанности здесь входит исполнение того, что требует руководитель. В организации член этого аппарата не имеет никаких полномочий. Когда он действует то это делается по поручению руководителя.

Полномочия штабного аппарата могут быть чисто рекомендательными и тогда он часто должен тратить время и силы, убеждая линейных руководителей в ценности своих услуг и предложений. Даже если к аппарату обращались за советом и этот совет приняли, это не значит, что линейные руководители не могут им пренебречь, что, несомненно, приводит к конфликтам между линейным руководством и административно-управленческим аппаратом. Как говорил специалист по конфликтам Р. Дарендорф: «Дайте непримиримой оппозиции два процента власти, и у вас не будет непримиримой оппозиции».

Организация может расширить полномочия аппарата до *обязательных согласований* с ним каких-либо решений.

Высшее руководство может расширить объем полномочий аппарата, давая ему *параллельные полномочия*. Это так называемое вето - право отклонять решения линейного руководства. Целью параллельных полномочий является установление системы контроля для уравнивания власти и предотвращения грубых ошибок. Наиболее широко параллельные полномочия используются в правительственных структурах США.

Аппарат, обладающий *функциональными полномочиями*, может как предложить, так и запретить какие-то действия в области своей компетенции. По существу, линейные полномочия руководителя организации реализуются

через аппарат, давая ему право действовать в определенных вопросах. Таким образом, функциональные полномочия устраняют различия между линейными и штабными обязанностями для всех практических целей.

Функциональные полномочия широко распространены, так как комплексные современные организации часто требуют высокой степени единообразия в таких областях, как бухгалтер, трудовые отношения и контроль занятости. Им также необходимо иметь гарантию, что опыт работников аппарата будет использоваться именно тогда, когда он действительно нужен. Если бы каждое решение аппарата в таких важных областях проходило через всю линейную иерархию крупной организации, слишком много времени тратилось бы напрасно.

Существуют линейные полномочия и внутри аппарата. На данном этапе мы рассмотрели варианты полномочий, которыми обладает аппарат по отношению к линейной структуре. Было отмечено, что аппарат - это подразделение с более чем одним уровнем управления. Таким образом, сам штабной аппарат имеет линейную организацию и обычную цепь команд внутри себя. Естественно, что менеджеры внутри аппаратной иерархии обладают линейными полномочиями по отношению к своим подчиненным независимо от характера полномочий аппарата по отношению к организации в целом.

Существует два понятия, относящихся к координации и линейным полномочиям. Это принцип единоначалия (авторитарность, автократизм монархизм, но не деспотизм и тирания) и необходимость ограничения нормы управляемости.

Тема 9. Оплата труда медицинских работников

Труд представляет собой целесообразную деятельность человека, направленную на достижение полезного результата, связанного с удовлетворением общественных потребностей. Рабочая сила - это совокупность физических и умственных способностей человека к труду. Стоимость товара «рабочая сила» определяется стоимостью жизненных средств существования работника и его семьи. Эта стоимость зависит от изменения структуры потребностей работников, степени интенсивности труда, расходов на получение образования и профессии, расходов на организацию отдыха, содержания неработающих членов семьи и т.д.

Заработная плата есть цена рабочей силы. На рынке труда общий уровень заработной платы, если это представить в виде схемы, является пересечением кривых спроса и предложения. Спрос на рабочую силу находится в обратной зависимости от величины заработной платы. Основным фактором спроса на рабочую силу является прирост продукта при приросте численности занятых в расчете на одного работника. Эти величины характеризуются как предельные, или приростные. Если предельный продукт труда больше по

сравнению с предельными продуктами от использования других факторов, это ведет к росту спроса на рабочую силу.

При росте заработной платы как цены рабочей силы возрастает предложение рабочей силы, при снижении - уменьшается. К факторам совокупного предложения рабочей силы относятся:

- общая численность населения;
- доля трудоспособного населения в общей численности;
- среднее число рабочих часов за период;
- качество, квалификация труда;
- профессиональная структура рабочей силы.

При совпадении спроса и предложения устанавливается равновесие на рынке рабочей силы. Нарушение равновесия приводит к безработице или незаполненным рабочим местам. Индивидуальное предложение труда зависит от уровня заработной платы, уровня образования и непрерывного повышения квалификации, семейного положения.

Повышение заработной платы влияет на предложение труда двояко.

Во-первых, при низкой заработной плате действует эффект замещения досуга трудом.

Во-вторых, при высокой заработной плате действует эффект дохода, т.е. человек стремится увеличить свой досуг, свободное время и, соответственно, сократить свое рабочее время, предложение труда падает. Такое взаимодействие спроса и предложения характерно для рынка труда совершенной конкуренции. Однако в современных условиях спрос и предложение рабочей силы складываются в основном в условиях несовершенной конкуренции, когда государство регулирует рынок труда, например, устанавливает предельную минимальную заработную плату, т.е. вмешивается в процесс формирования цены рабочей силы. Профсоюзы также влияют на рынок труда своими действиями, например, добиваются повышения заработной платы членам профсоюзной организации и отражают свои требования в коллективных договорах с работодателями.

Таким образом, рынок рабочей силы представляет собой совокупность социально-экономических отношений, связанных с куплей-продажей рабочей силы и ее воспроизводством, с включением экономически активного населения в общественное производство. Именно на этом рынке получает оценку стоимость рабочей силы, определяются условия ее найма, уровень заработной платы, условия труда, гарантии занятости, возможность получения образования, профессионального роста и т.д.

Главной особенностью рынка труда является то, что он регулируется государством, профсоюзами и работодателями. К традиционным функциям управления работодателя всегда относились: подбор, оценка, обучение и вознаграждение работника. Современные функции управления кадровыми ресурсами значительно шире.

Так, функция *обеспечения организации трудовыми ресурсами* включает

- планирование;

- найм;
- отбор;
- адаптацию персонала;
- управление эффективностью труда с помощью процедур аттестации, использования индикатора оценки.

ФУНКЦИЯ развития трудовых ресурсов *ПРЕДПОЛАГАЕТ*:

- обучение;
- развитие;
- управление карьерным ростом кадрового состава.

ФУНКЦИЯ управления системой вознаграждения *ОСНОВЫВАЕТСЯ*:

- на выборе системы оплаты труда;
- выборе вознаграждения личного вклада;
- выборе нематериального вознаграждения.

Функция *организации труда* включает:

- организационный дизайн;
- планирование процесса труда;
- организационное развитие самой структуры.

Важной задачей современного руководителя (работодателя) медицинской организации является профилактика эмоционального выгорания врачей и медсестер, что довольно часто встречается в медицинском коллективе в силу специфики работы с больными людьми. В этих условиях главный врач должен чаще хвалить своих сотрудников, не давать работать на износ, разнообразить задания, проводить мотивационные беседы, предоставлять гибкий график и вовремя отправлять в отпуск. Как писал М. Твен: «Я могу прожить целых два месяца только за счет хорошей похвалы».

Однако уровень заработной платы (или экономическая мотивация) также имеет важное значение.

Заработная плата есть денежное вознаграждение, выплачиваемое организацией работнику за выполненную работу. Как известно, заработная плата имеет две основные формы: повременную и сдельную.

Повременная заработная плата зависит от количества отработанного времени. Ее расчет можно сделать, например, путем умножения часовой тарифной ставки на фактически отработанное время. Тем не менее чаще в отраслевой системе оплаты труда в здравоохранении устанавливается базовый оклад, гарантирующий оплату за выход на работу. В повременной форме долгое время существовало две системы оплаты труда: *простая повременная* и *повременно-премиальная*.

В *простой повременной* системе расчет зависел от тарифной ставки и отработанного времени:

$$З = У \times Т,$$

где З - заработная плата;

У - тарифная ставка, т.е. установленная стоимость одного часа работы для работника данной профессии и квалификации;

Т - отработанное работником время.

Повременно-премиальная система предусматривала сверх заработка по тарифной ставке (окладу) получение премии за достижение определенных количественных и качественных показателей.

Повременная форма имеет определенный недостаток - у работника снижен экономический стимул к росту интенсивности и производительности труда.

Сдельная оплата труда считается более гибкой. Такая схема предполагает оплату либо просто за количество, либо за степень исполнения работы. Возможности применения этой системы оплаты в здравоохранении ограничены, так как медицина - нематериальная сфера деятельности. Однако, в стоматологии, в работе зубного техника сдельная форма оплаты труда может быть увязана с выработкой (т.е. производительностью труда) и находиться в прямой зависимости от количества изготовленных изделий или выполненных работ.

Сдельную оплату рассчитывают на основе сдельных расценок согласно квалификации работника:

$$З = C_{ед} \times K_{шт}$$

где $C_{ед}$ - стоимость единицы изготовленного продукта, руб.;

$K_{шт}$ - количество продукта, шт., ед.

Сдельная форма оплаты труда имеет свои системы это: *прямая сдельная сдельно-премиальная, сдельно-прогрессивная, аккордная.*

При установлении системы оплаты труда необходимо руководствоваться следующими едиными принципами, основными из которых являются:

- 1) обеспечение зависимости величины заработной платы от квалификации работников, сложности выполняемых работ, количества и качества затраченного труда без ограничения ее максимальных размеров ;
- 2) единые подходы к исчислению стажа работы;
- 3) сохранение единого порядка аттестации работников, установленного для соответствующих профессионально-квалификационных групп.

Условия оплаты труда, установленные федеральными законами и указами Президента РФ, обязательны для применения на всей территории Российской Федерации и являются гарантией для работников всех учреждений бюджетной сферы независимо от того, являются ли они федеральными, региональными или муниципальными.

Современная тенденция в развитии форм и систем оплаты труда свидетельствует о постепенном уходе от повременной и сдельной форм и широком применении *индивидуальной заработной платы*. Также возможно сочетание повременной и сдельной форм, поэтому появились многофакторные системы заработной платы, которые были призваны учесть не только физические затраты труда, отработанное время, но и затраты умственной и нервной энергии медицинского работника, его особые достижения, качество выполненной работы. Для этого к базовому окладу сегодня предусматриваются выплаты стимулирующего характера.

Размеры выплат стимулирующего характера организация здравоохранения может определять, применяя повышающие и понижающие коэффициенты,

например такие, которые представлены в табл. 9.1.

Таблица 9. 1

Повышающие и понижающие коэффициенты для выплат стимулирующего характера в организации здравоохранения

№ п/п	Коэффициент	Значение коэффициента
Повышающие коэффициенты 1, или 100%		
1	Полнота и своевременность диспансерного наблюдения	0,1
2	Вакцинация, иммунизация населения	0,3
3	Полнота клинического обследования при подготовке к госпитализации	ОД
4	Владение методами чтения ЭКГ	0,1
5	Охват флюорографическим обследованием населения	0,2
6	Удаленность участка	0,2
Понижающие коэффициенты 1, или 100%		
7	Обоснованные жалобы пациентов	-0,2
8	Расхождения клинико-поликлинических диагнозов	
9	Запущенные случаи тяжелого заболевания	
10	Случаи смерти больных, не наблюдавшихся врачом	

Сумма значений как повышающих, так и понижающих коэффициентов не должна превышать 1, или 100%.

В рамках реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения выделенные целевые средства были направлены на решение приоритетных государственных задач по повышению качества и доступности медицинской помощи, а также на решение социальных проблем медицинских работников и увеличение их заработной платы. С 01.01.2006 г. заработная плата участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики была увеличена на 10 000 руб., что в среднем по стране означало рост заработной платы этих категорий работников в тот период в два раза. Также был повышен уровень оплаты труда на 5000 руб. медицинским сестрам участковым врачам-педиатрам участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей). Также повысился уровень оплаты труда всех средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов - в рамках реализации Национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения с 01.07.2006 г. на эти цели было выделено из средств федерального бюджета 4,659 млрд. руб. Повышение уровня оплаты данных категорий медицинских работников произошло путем осуществления ежемесячных денежных выплат врачам в размере 10000 руб. и медицинским сестрам 5000 руб. за оказание дополнительной медицинской помощи в рамках государственного задания в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации

бесплатной медицинской помощи. На эти цели на два года (2006-2007 гг.) было предусмотрено 30,5 млрд. руб.

Таким образом, вопрос о необходимости повышения заработной платы медицинскому персоналу стал постепенно решаться, и следующим шагом стало принятие постановления Правительства РФ № 583, в рамках реализации которого медицинские учреждения должны были постепенно перейти на отраслевую систему оплаты труда⁵, которая бы отражала прежде всего качество оказанной медицинской помощи в цене рабочей силы.

Введем основные термины и понятия, применяемые для целей оплаты труда медицинских работников.

Должностной оклад - месячный размер оплаты труда, зависящий от занимаемой должности и требований к квалификации.

Доплата - выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер за дополнительные трудозатраты работника.

Надбавки - стимулирующая выплата, носящая постоянный или временный характер, - за ненормированный рабочий день, стаж работы и т.д.

Премии и другие поощрительные выплаты - стимулирующие выплаты, носящие как регулярный, так и разовый характер, связанные с результатами труда работника.

Фонд оплаты труда представляет собой общую сумму выплат работникам в виде заработной платы и льготных выплат социального характера, стимулирующих доплат и надбавок, компенсационных выплат, премий и единовременных выплат поощрительного характера, а также возможных выплат на питание, жилье, топливо, имеющих регулярный характер.

Как уже отмечалось ранее⁶, эффективность труда измеряется производительностью труда.

Производительность труда одного работника характеризует результаты труда, достигнутые им в единицу времени:

Производительность труда = Результаты / Количество единиц времени.

В здравоохранении трудность представляет именно измерение результатов.

Интенсивность труда выражается количеством труда в единицу времени.

Количество труда измеряется также временем. Интенсивность труда растет, если работник в единицу времени затрачивает столько умственной, нервной, физической энергии, как если бы он работал две единицы времени.

Важность пересмотра систем стимулирования труда медицинских работников связана с двумя нерешенными проблемами:

1) необходимостью роста расходов на значительное повышение заработной платы;

2) прекращением межрегиональной миграции медицинских кадров.

Расходы на оплату труда для медицинских работников на региональном уровне должны стать главной инвестицией в развитие кадровой политики субъекта РФ.

⁵ Ранее применялась Единая тарифная сетка (ЕТС).

⁶ В главе 12 настоящего учебника.

Среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения в 2012 г. составила менее 18 тыс. руб., или 73,5% от средней зарплаты по экономике РФ. При этом среднемесячная зарплата медработников муниципальных учреждений здравоохранения, которые составляют 45,7% от всех медицинских работников (3,9 млн. чел.), составила всего 14,6 тыс. руб., т.е. 62,7% от средней зарплаты по стране.

Главной целью внедрения новых систем оплаты труда является улучшение показателей здоровья населения, а также повышение уровня материального обеспечения медицинских работников, создание условий для притока квалифицированных молодых кадров.

Система стимулирования труда должна быть простой, понятной для персонала и применимой на практике.

Механизм стимулирования труда медицинского и административно-хозяйственного вспомогательного персонала является составным элементом системы управления качеством медицинской помощи.

Хотя система оплаты труда должна быть простой, распределение фонда оплаты труда в здравоохранении имеет определенные трудности, что связано с тремя объективными основными особенностями:

1) трудности измерения затрат труда медицинского персонала. *Вопрос* - как измерить?

2) каким бы совершенным ни был механизм распределения заработной платы (доходов), все дело - в сумме заработной платы. *Вопрос* - какова в итоге сумма, которую медицинский работник получает на руки в условиях даже хорошо отработанного и совершенного механизма распределения?

3) национальные системы оплаты труда медицинских работников неразрывно связаны со сложившимися системами оплаты медицинских услуг. *Вопрос* - какова величина заработной платы, заложенная в расчет цены (тарифа) медицинской услуги, в том числе в системе ОМС?

Заработок врача в большинстве стран зависит от трех основных показателей:

1) показатель «ожидаемой продолжительности жизни» населения конкретной страны;

2) показатель «равноправного финансирования»⁷;

3) показатель удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью, т.е. показатель «отзывчивости системы здравоохранения».

Как уже было отмечено, активные изменения системы оплаты труда медицинских работников начались с 2008 г. с принятием постановления Правительства РФ № 583. Кроме этого, были изданы приказы Минздрава России, которые упростили кадровым службам учреждений здравоохранения введение новой отраслевой системы оплаты труда и переход на эффективный контракт.

⁷ Важное замечание: по определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов, рассчитанных на семью, на медицинские услуги является одинаковой для всех домашних хозяйств независимо от их доходов, состояния здоровья или количества обращений за медицинской помощью.

Важным этапом на пути решения вопросов оплаты труда медицинских работников стали указы Президента РФ и распоряжения Правительства РФ, определивших «дорожную карту» решения проблемы до 2018 г., а именно Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», который:

- определил «повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе»;
- поручил разработать, утвердить и применить профессиональные стандарты (в 2015 г. - не менее 800 профессиональных стандартов);
- определил повышение к 2018 г. средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала, среднего медицинского персонала, до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- поручил создать прозрачный механизм оплаты труда руководителей организаций, финансируемых за счет ассигнований федерального бюджета, установив соотношение средней заработной платы руководителей и работников этих организаций и предусмотрев предоставление руководителями (а также членами их семьи) этих организаций сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера.

В развитие последнего положения принято постановление Правительства РФ от 26.09.2012 № 975 «о внесении изменений в постановление Правительства РФ от 05.08.2008 № 583», в котором, в частности, содержится следующее:

- «абзац второй пункта 6 изложить в следующей редакции: "Размер должностного оклада руководителя учреждения определяется трудовым договором"»;
- «в качестве показателя эффективности работы руководителя учреждения... может быть установлен рост средней заработной платы работников учреждения в отчетном году по сравнению с предшествующим годом без учета повышения размера заработной платы в соответствии с решениями Правительства РФ».

Предельный уровень соотношения «руководитель : работники учреждения» был установлен как «1 : 8». Эффективному руководителю учреждения вменяется в обязанность изыскивать источники наполнения фонда оплаты труда своего учреждения. Такими источниками могут выступать:

- фонд экономии оплаты труда в результате оптимизации штатного расписания. При этом коэффициент совместительства не должен превышать 1,5 ставки, а соотношение врачей и среднего медицинского персонала должно быть обеспечено как 1 : 3⁸;
- доходы от платных медицинских услуг,
- арендная плата арендаторов помещений БУЗ;
- софинансирование из областных бюджетов профессиональной переподготовки медицинских кадров;
- переход на эффективный контракт, ставящий в зависимость размер

⁸ Распоряжение Правительства РФ № 2190-р.

оплаты труда от результативности работы;

- оптимизация расходов на административно-управленческий и вспомогательный персонал с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения - не более 40%.

Далее последовало распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» (далее - распоряжение Правительства РФ № 2190-р)^{1 9}.

В соответствии с данным распоряжением Правительства РФ достижение целей

Одним из последних по времени нормативных документов является приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» (далее - приказ Минздрава России № 421). В этом документе, в частности, были определены показатели эффективности для руководителей учреждений здравоохранения: выполнение организацией государственного задания (заказа), особенности финансово-экономической деятельности и работы с кадрами.

Показателями эффективности для работников выступают два основных элемента:

- 1) удовлетворенность граждан качеством оказания медицинской помощи и отсутствие обоснованных жалоб;
- 2) соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

Системы оплаты труда устанавливаются не только законами, нормативными правовыми актами, но и коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами этих организаций. Именно поэтому такое значение имеет Положение об оплате труда, самостоятельно разрабатываемое в муниципальном (государственном) учреждении здравоохранения и утверждаемое главным врачом.

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 583 при определении величины заработной платы учитываются:

- размер должностного оклада работника;
- повышающие коэффициенты;
- выплаты компенсационного и стимулирующего характера.

В настоящее время все вышеперечисленные компоненты являются обязательными для включения в трудовой договор.

К выплатам стимулирующего характера относятся:

- 1) выплаты за интенсивность и высокие результаты работы.

⁹ В развитие двух указов: Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и Указа Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей».

- надбавка за перевыполнение отраслевых норм нагрузки;
 - надбавка за участие в федеральных и отраслевых программах и т.д.;
- 2) выплаты за качество выполняемых работ.
- надбавка за качественное выполнение отраслевых стандартов и соблюдение протоколов ведения больных;
 - надбавка за применение в практической работе новых медицинских технологий;
 - надбавка за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи и т.д.;
- 3) выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет:
- надбавка за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения,
 - надбавка за выслугу лет в данном учреждении;
- 4) премиальные выплаты по итогам работы.

Распределение стимулирующих выплат по критериям качества рекомендуется производить комиссией, утвержденной приказом по учреждению¹.

Пример

1. *Врачи (коэффициент 3).*

Число по врачам с применением повышающего коэффициента определяется:

- 32 физ. лица • 3 = 96;
- максимальное количество баллов на одного сотрудника = 10;
- тогда, 96 x 10 баллов = 960 баллов.

2. *Средний медицинский персонал (коэффициент 2):*

- 57 физ. лиц • 2 = 114;
- максимальное количество баллов на одного сотрудника = 10;
- тогда, 114 x 10 = 1140 баллов.

3. *Младший медицинский персонал (коэффициент 1):*

- 36 физ. лиц • 1 = 360;
- максимальное количество баллов на одного сотрудника = 10;
- тогда, 36 x 10 = 360 баллов.

Итого: 2460 баллов. Таким образом, если по критериям качества распределяется, например, 200000 руб., тогда стоимость одного балла составит 81 руб. 30 коп.

Наибольшие трудности в медицине имеет измерение качества работы медицинского персонала. Ориентиром для решения этой задачи могут служить п. 20—22 приказа Минздрава России от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», в котором рекомендуется использовать следующие показатели качества работы медицинских организаций:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий и доступность получения медицинских услуг;
- время ожидания в очереди при получении медицинских услуг;
- доброжелательность, вежливость и компетентность работников меди-

цинской организации;

- удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации.

Все эти положения в том или ином виде должны найти отражение в трудовом договоре с работником медицинского учреждения¹⁰, который содержит типовые разделы, список которых приведен ниже.

1. Общие положения.
2. Права и обязанности работника.
3. Права и обязанности работодателя.
4. Оплата труда.
5. Рабочее время и время отдыха.
6. Социальное страхование и меры социальной поддержки работника, предусмотренные законодательством, отраслевым соглашением, коллективным договором, настоящим трудовым договором.
7. Иные условия трудового договора.
8. Ответственность сторон трудового договора.
9. Изменение и прекращение трудового договора.
10. Заключительные положения.

Раздел «Оплата труда» содержит следующие основные пункты:

- 1) за выполнение трудовых обязанностей, предусмотренных настоящим трудовым договором, работнику устанавливается заработная плата в размере:
 - а) должностной оклад, ставка заработной платы ... руб. в мес.;
 - б) работнику производятся выплаты компенсационного характера (табл. 14.4: наименование выплаты; размер выплаты; фактор, обуславливающий получение выплаты
 - в) работнику производятся выплаты стимулирующего характера: (табл. 14.5: наименование выплаты; условия получения выплаты; показатели и критерии оценки; эффективности деятельности; периодичность; размер выплаты).

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности.

Субъект РФ и БУЗ должны иметь Планы мероприятий («дорожные карты»), отражающие изменения, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте РФ, где необходимо предусмотреть разработку (изменение) показателей эффективности деятельности учреждений, их руководителей и работников. «Дорожная карта» предусматривает мероприятия по совершенствованию систем оплаты труда и достижению целевых показателей; предполагает актуализацию квалификационных требований, предъявляемых к работникам, в том числе разработку профессиональных стандартов, с учетом современных требований к качеству государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ). Для оценки

¹⁰ Приложение 3 «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» к распоряжению Правительства РФ № 2190-р.

качества работы специалистов (врачей-специалистов) предлагается использовать следующие показатели¹¹:

- 1) процент выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста исходя из функции врачебной должности;
- 2) процент выявленных на ранней стадии заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом;
- 3) процент выявленных запущенных заболеваний;
- 4) процент случаев расхождения диагнозов при направлении в стационар;
- 5) процент осложнений при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации;
- 6) процент случаев несвоевременной госпитализации;
- 7) процент случаев направления на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме;
- 8) отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации;
- 9) процент случаев некачественного оформления медицинской документации.

Для оценки качества работы специалистов со средним медицинским образованием по направлениям модернизации рекомендовано применять следующие показатели:

- отсутствие случаев нарушения установленных санитарных правил и норм;
- отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации;
- отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации.

Пример расчета с учетом индикаторов выполняемых работ врачами стационарной медицинской помощи.

Минимальный базовый оклад врача составляет примерно 6200 руб. в мес. При этом если к показателям, представленным в табл. 14.7, добавляются и другие индикаторы (например, интенсивности, результативности и др.)¹² и врач-специалист хирургического профиля набирает максимальный коэффициент, равный 3, то его заработная плата составляет 18 600 руб. в мес., что в 2011 г. соответствовало средней по региону (Чувашская Республика).

Таблица 9.3

Индикаторы качества выполняемых работ врачами стационарной медицинской помощи

№ п/п	Индикатор качества	Значение показателя
-------	--------------------	---------------------

¹¹ Приложение к приказу Минздравсоцразвития РФ от 21.02.2011 Ns 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи».

¹² Индикаторы интенсивности, результативности, качества работ, утвержденные в данной больнице для оценки труда персонала и выплат стимулирующего характера, суммируются.

1	Качественное выполнение стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных, соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса	0,2
2	Применение в практической работе новых медицинских технологий (за каждую новую медицинскую эффективную технологию)	0,2
3	Оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи	0,3
4	Высокая оценка сбора анамнеза (проведен полностью)	0,1
5	Соответствие комплекса диагностических услуг стандартизированным протоколам ведения больных	0,1
6	Соответствие результатов комплекса предоставленных медицинских услуг установленному диагнозу	0,1
7	Инициативное проведение мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи	0,2
8	Высокая оценка качества оформления документации	0,1
9	Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг врача	0,2

В целом в зависимости от меняющихся целей и задач деятельности медицинского персонала в перечень показателей (табл. 14.6 и 14.7) могут быть включены и дополнительные индикаторы.

В коммерческих организациях здравоохранения системы оплаты труда выбираются самостоятельно, широко применяется индивидуальная заработная плата. С учетом международного опыта возможно использование многофакторной системы аналитической оценки работы медицинского персонала, когда учитывается не только выполненный объем заданий, но также (как сегодня рекомендуется и в бюджетной сфере) повышение

качества работ, лучшее использование медицинского оборудования, экономия и рациональное использование материалов медицинского назначения.

Многофакторная система оценки работ медицинского персонала сочетает в себе повременную форму оплаты труда, оценку качества и нормирование труда, способы профессионального отбора медицинских работников. Такая система оценки отражает влияние на трудовой процесс ряда факторов: профессиональной подготовки, которой требует рабочее место, интеллектуального уровня развития, физических возможностей работника, степени профессиональной ответственности, условий труда. Также в этой системе учитываются субъективные оценки личности врача или медицинской сестры руководителем, который по должности имеет на это право.

Оценка проделанной сотрудником работы производится в баллах. Начисленные баллы способствуют определению пропорции, в которой распределяется фонд оплаты труда внутри медицинского коллектива в зависимости от индивидуальных достижений. Часть начисленных баллов (за уровень профессиональной подготовки, выполнение интеллектуальных и физических требований) определяет начальную базовую ставку сотрудника, и эта часть заработной платы составляет одну треть. Две трети оплаты своего труда сотрудник должен заработать, выполнив поставленные перед ним цели и задачи организации. В табл. 14.8 приводится пример многофакторной системы аналитической оценки работы медицинского персонала.

Величина заработной платы врачей в последние годы имеет следующую динамику: в 2013 г. зарплата увеличилась на 24%, в 2014 г. - на 13. в 2015 г. - на 17%. В общем объеме к концу 2018 г. заработная плата врачей должна вырасти в два раза. Размер средней заработной платы врача ожидается на уровне 90 тыс. руб.

Целью работы врача является здоровье пациента, которое не измеряется количественными величинами. Специфика медицинской профессии не позволяет выразить затраты труда медицинского работника в количестве созданной продукции в единицу времени. Показатели результативности, эффективности труда врача зачастую только косвенно отражают истинные трудозатраты и результаты, на основе которых можно было бы более справедливо распределять фонд заработной платы, учитывать вклад каждого работника в общий трудовой процесс. Поэтому в здравоохранении чаще применяется повременная форма оплаты труда, обобщающая и усредняющая результаты. В некоторых врачебных специализациях возможно применение сдельной формы, например в стоматологии, где давно используются УЕТ для измерения результатов, тем не менее все же приравненные ко времени (например, 1 УЕТ в стоматологии равна 14,5 мин. которые затрачивает врач-стоматолог при наложении пломбы при среднем кариесе).

Тема 10. Планирование деятельности организации здравоохранения

В соответствии с организационно-финансовыми основами выделяются три национальные системы здравоохранения:

- 1) государственная;
- 2) частная;
- 3) страховая (основанная на ОМС).

Системы здравоохранения образуют физические и юридические лица, специализирующиеся на предоставлении медицинской помощи, ее финансировании и организации. Современные системы здравоохранения можно классифицировать лишь по преимущественным признакам. Например, во всех странах с государственной системой здравоохранения имеются частные медицинские организации, работающие на основе добровольного, индивидуального медицинского страхования за счет личных средств граждан, которые напрямую оплачивают медицинские услуги частных врачей. В странах с частной и страховой медициной есть государственные, бюджетные учреждения здравоохранения. Отмечается лишь преобладание того или иного источника финансирования организаций здравоохранения.

В п. 2 ст. 41 Конституции РФ сказано, что в Российской Федерации «принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения», т.е. поддерживается функционирование всех систем здравоохранения.

Некоторые эксперты ставят под сомнение вопрос о том, существует ли в нашей стране частное здравоохранение как система и каковы ее признаки?

Основным аспектом, определяющим характер всех групп экономических отношений - производства, распределения, обмена и потребления, — является вопрос собственности. По этому признаку в частную систему здравоохранения входят организации, имеющие преимущественно негосударственный, коммерческий статус и основывающие свою деятельность на базе частной или смешанной (где обязательно присутствует частная) собственности. Примерно 23% организаций здравоохранения от всех действующих в России являются коммерческими. Для них характерно также свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги; в качестве основного источника финансирования они имеют личные средства граждан или те финансовые средства, которые выделяются предприятиями и организациями для обеспечения своих сотрудников медицинской помощью на основе ДМС в качестве социального пакета. Также характерным признаком частной системы здравоохранения является стремление к получению прибыли как экономической цели организации.

В частных организациях здравоохранения поддерживается стремление обеспечить более высокое качество медицинской помощи и сервисных услуг, удовлетворение разнообразных индивидуальных потребностей пациентов. Как правило, в такой организации врачи и медсестры имеют более высокие доходы, особое внимание обращается на вопросы защиты прав потребителя, проявляется стремление сохранить его как клиента частной клиники.

Система частного здравоохранения имеет и существенные недостатки, среди которых можно выделить:

- высокую стоимость медицинских услуг;
- недоступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к профилактике и выделение затрат на нее и т.д.

В частных организациях здравоохранения нередко отмечается гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний, применение медицинских технологий, иногда небезопасных для здоровья пациентов.

В нашей стране наибольший опыт частной практики приобрели врачи-стоматологи, что объясняется постоянным спросом состоятельных слоев населения на высококачественные и потому дорогостоящие медицинские услуги.

Частная система здравоохранения в Российской Федерации используется как дополнение к государственной системе здравоохранения или системе, основанной на социальном (обязательном) медицинском страховании.

Бизнес-план - это документ, описывающий все основные аспекты деятельности медицинской организации, анализирующий проблемы, с которыми она может столкнуться и определяющий пути решения этих проблем. Бизнес-план включает разработку цели проекта, оценку фактических экономических показателей организации, анализ рынка и информацию о клиентах, определение конкурентной стратегии для достижения поставленных целей.

Период времени, на который разрабатывается бизнес-план, составляет 3-5 лет. Для первого года основные экономические показатели необходимо рассчитывать более детально, а на последующие годы достаточен прогнозный расчет основных показателей.

Составление бизнес-плана предполагает следующую последовательность действий:

- 1) определение миссии организации и цели, которую необходимо достичь с помощью реализации данного бизнес-плана;
- 2) оценка возможностей организации в выполнении задач в соответствии с поставленной целью;
- 3) определение видов медицинских и сервисных услуг, оказание которых будет задачей данного проекта;
- 4) изучение сегмента рынка, на котором реализуются данные услуги;
- 5) решение организационных вопросов запланированной коммерческой деятельности, определение местоположения организации;
- 6) разработка плана производства;
- 7) разработка плана маркетинга;
- 8) разработка организационного плана, связанного с вопросами управления и правами собственности;
- 9) определение параметров и разработка финансового плана;
- 10) оценка рисков, не исключаемых при реализации данного проекта;
- 11) подготовка резюме к бизнес-плану, которое составляет последним,

но является, тем не менее, первым разделом бизнес-плана.

Чтобы разработать эффективный бизнес-план, необходимо проанализировать внешнюю среду и фактическое состояние медицинской организации как внутреннюю среду бизнеса.

При анализе внешней среды важными вопросами являются перспективы развития здравоохранения и рынка медицинских услуг, состояние конкуренции, особенности потребителей медицинских услуг — их доходы, потребности и социальный статус, тенденции развития внешнего окружения, неподконтрольные медицинской организации, но могущие оказать влияние на ее деятельность.

Внутренняя среда медицинской организации характеризуется качеством маркетинговой деятельности, финансовыми возможностями, особенностями производственной деятельности, человеческими ресурсами и качеством администрирования.

В примерную структуру бизнес-плана входят следующие разделы.

Раздел 1. Резюме или краткий обзор проекта. Эта часть представляет собой краткое и емкое по содержанию изложение плана с акцентом на реальных достоинствах организации здравоохранения для потенциальных инвесторов, определением миссии, целей и задач. Особое внимание в этом разделе должно быть сосредоточено на вопросе: как медицинская организация собирается вернуть деньги инвесторам, за счет каких будущих поступлений?

Раздел 2. Описание услуг. В этом разделе следует подробно описать те виды медицинских услуг, которые будут предлагаться потребителю. Необходимо показать, в чем привлекательность этих услуг и в чем их уникальность для потенциального потребителя.

Раздел 3. Описание внешней среды и положения дел в отрасли. В этой части важно обратить внимание на тенденции развития здравоохранения и соответствие деятельности данной медицинской организации задачам отрасли. Охарактеризовать Федеральные законы в сфере здравоохранения и бизнеса, налоговые условия и другие факторы внешней среды, которые влияют на достижение поставленной цели бизнес-плана данной медицинской организации.

Раздел 4. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

В данном пункте следует определить преимущества своей организации по сравнению с конкурентами, например лидерство в качестве, более низкие издержки, специализация, уникальность рыночного предложения.

Раздел 5. Организационный план. В этом разделе необходимо указать потребности медицинской организации в помещении, оборудовании, трудовых ресурсах, необходимых для оказания предлагаемых медицинских услуг.

Раздел 6. План маркетинга. Основные положения данного раздела: ценообразование, система продвижения услуг на рынок, стратегия роста услуг медицинской организации.

Раздел 7. Управление и права собственности. В этом разделе указываются:

- организационно-правовая форма медицинской организации, ее имущества и особенности;
- сведения о государственной регистрации;
- организационная структура управления организации;
- распределение обязанностей между руководителями служб и подразделений медицинской организации;
- особенности межбюджетных отношений с региональными органами власти и другими государственными институтами.

Раздел 8. Финансовый план. В этом разделе представляются расчеты основных финансовых показателей, определяются потребности в финансовых ресурсах, финансовые результаты прошлых лет и на перспективу; структура затрат, порог безубыточности; объемы реализации медицинских услуг в денежном выражении; баланс доходов и расходов, величина прибыли.

Раздел 9. Страхование рисков. Данный пункт предусматривает оценку степени риска предлагаемого в бизнес-плане проекта. Риски могут быть следующих видов: финансово-экономические, технические, социальные. Цель этого раздела — показать потенциальным инвесторам, что медицинская организация определила пути страхования рисков.

Таким образом, бизнес-план представляет собой своеобразную модель будущей деятельности медицинской коммерческой организации, которая основывается на принципах рыночной экономики.

Самоанализ медицинской организации проводится на основе:

- 1) сбора информации о финансах, материально-технической базе подразделений;
- 2) оценки кадрового состава по уровню квалификации, возрасту, стажу;
- 3) изучения спроса населения на предлагаемые в бизнес-плане медицинские услуги.

Необходимо использовать материалы наблюдений за лидерами рыночной среды, организованных в рамках бенчмаркинга, которые предлагают различные инновации. Большинство инноваций в сфере услуг, в том числе здравоохранении, предлагается потенциальными потребителями (пациентами). В этой связи необходимы интеграция исследовательской и инновационной функций и в рамках маркетинговой деятельности — проведение поиска инноваций. Выбор инновационной идеи должен вестись в условиях множественности вариантов с учетом платежеспособности пациентов. Итогом этой деятельности может являться разработка новой медицинской услуги, а критерием ее выбора - социально-экономическая эффективность, улучшение здоровья населения. Особенно актуальны в настоящее время услуги профилактической направленности. Процесс формирования медицинской организацией рыночных цен на свои услуги включает следующие этапы:

- 1) постановка задач ценообразования:

- 2) определение спроса;
- 3) оценка издержек;
- 4) проведение анализа цен и услуг конкурентов;
- 5) выбор метода установления цен;
- 6) определение окончательной цены и правил ее будущих изменений;
- 7) учет мер государственного регулирования цен;
- 8) разработка системы скидок.

В разделе 3 «Описание внешней среды, положения дел в отрасли» проводится *SWOT*-анализ, дающий ответы на вопросы:

- 1) каковы «сильные стороны» медицинской организации?
- 2) каковы ее «слабые стороны» и как их устранить в будущем?
- 3) какие «возможности» способствуют достижению цели бизнес-плана?
- 4) какие «угрозы», т.е. проблемы, требуют разрешения сейчас и в будущем, препятствуют выполнению намеченного?

При составлении раздела 9 бизнес-плана надо иметь в виду, что к группе **финансово-экономических рисков** относятся:

- неустойчивость спроса;
- появление альтернативных услуг;
- снижение цен конкурентами;
- увеличение производства медицинских услуг у конкурентов;
- рост налогов, платежеспособность потребителей;
- рост цен на материалы;
- недостаток оборотных средств.

К социальным рискам *относятся*:

- трудности с набором квалифицированных работников и младшего персонала;
- отношение региональной власти к развитию бизнеса;
- недостаточный уровень зарплаты медицинских и вспомогательных работников.

Наиболее существенными в группе **технических рисков** считаются:

- изношенность оборудования;
- нестабильность качества материалов.

Бизнес-план является обязательным компонентом плановой деятельности не только коммерческой, но и бюджетной организации здравоохранения, предлагающей населению платные медицинские и сервисные услуги, в нем описываются все основные аспекты лечебно-производственного процесса. Работу по бизнес-планированию можно представить в виде следующей программы действий (табл. 10.1):

Таблица 10.1

Программа разработки и реализации бизнес-плана в организации здравоохранения

Наименование работ	Материалы, документы	Исполнители	Сроки
1. Подготовительная работа			

1.1. Анализ текущей статистической информации медицинского учреждения	Форма учета движения больных и коечного фонда	Группа медицинской статистики	
1.2. Анализ заболеваемости и сложившейся структуры медицинской помощи	Отчет о заболеваемости населения и структуре медицинской помощи	Методическая группа	
1.3 Анализ местного рыночного окружения	Аналитический отчет по основным показателям	Экономическая служба	
1.4. Анализ организационной структуры	Отчет об учреждениях и коммерческих организациях здравоохранения, оказывающих аналогичные услуги	Экономическая служба	
1.5. Анализ информационной базы	Отчет о результатах деятельности по сбору информации	Экономическая служба	
1.6. Анализ трудовых отношений и кадровой структуры	Отчет об эффективности использования трудовых ресурсов медицинской организацией	Отдел кадров, экономическая служба	

Весь процесс планирования можно представить в виде схемы, которая, начинаясь с анализа деятельности медицинской организации, выглядит как непрерывный замкнутый цикл (рис. 15.1):

Программа действий по разработке и осуществлению бизнес-плана должна отражать все названные периоды цикла. Реализуемое на основе всестороннего анализа текущее планирование является важнейшим рычагом экономического механизма управления медицинской организацией.

К видам бизнес-планов относятся:

- 1) инвестиционный бизнес-план, цель которого — привлечение финансовых ресурсов в организацию;
- 2) инновационный бизнес-план, имеющий целью оценить возможности развития новых технологий, изменения процесса предоставления медицинских и сервисных услуг;
- 3) аналитический бизнес-план, оценивающий целостное развитие действующей медицинской организации.

Например, в *инновационном бизнес-плане* должны быть отражены медико-технологическое проектирование и оснащение медицинской организации, общее описание инфраструктуры здравоохранения региона и анализ требований к новому медицинскому учреждению или организации в соответствии с медицинскими целями и общей ситуацией. Обязательными компонентами бизнес-плана должны являться расчет необходимой площади, оценка конечных строительных расходов, стоимости оборудования для каждого отделения, объемов финансирования и текущих расходов, расчет

загруженности отделений, калькуляция доходов, результирующей прибыли и окупаемости.

Структура населения также имеет значение для определения будущих потребностей в медицинской помощи данной медицинской организации. Например, основное население города представлено лицами трудоспособного возраста (57%), однако 22% жителей являются пенсионерами и 21% детьми. При этом лиц пенсионного возраста на 2,3% больше проживает в сельской местности, чем в городах данной территории; также в сельской местности на 1,8% больше, чем в городах, проживает детей. С помощью такого анализа выявляются потенциальные потребители с целью учета их специфики в деятельности медицинской организации.

Далее рассмотрим способы снижения производственных, коммерческих и других рисков, которые необходимо предусмотреть и отразить в бизнес-плане.

Производственные риски связаны с различными нарушениями в лечебном процессе или в процессе поставок материалов и изделий медицинского назначения. Мерами по снижению производственных рисков являются действенный контроль над ходом лечебного процесса и усиление влияния на поставщиков ресурсов путем диверсификации и дублирования поставщиков, применения импортозамещающих комплектующих и товаров медицинского назначения и др.

Коммерческие риски связаны с реализацией медсестринских услуг, а именно с уменьшением размеров и емкости рынка, снижением платежеспособного спроса, появлением новых конкурентов и т.д. Мерами по снижению коммерческих рисков могут быть;

- систематическое изучение конъюнктуры рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения;
- гибкая ценовая политика;
- создание положительного общественного мнения и фирменного стиля учреждения здравоохранения;
- социально направленная реклама (например, напоминание о вакцинации против гриппа и т.д.).

Финансовые риски могут быть вызваны инфляционными процессами, нарушением договорных обязательств со стороны партнеров и т.д. Они могут быть снижены благодаря использованию руководством медицинского учреждения принципов финансового менеджмента, введением управленческого учета наряду с бухгалтерским, обучением персонала экономичному использованию ресурсов. В ценообразовании риски можно снизить, если правильно учесть затраты и для корректировки расчетов использовать дефлятор, что будет способствовать повышению финансовой устойчивости данной организации.

Возможно возникновение непредвиденных *рисков, связанных с форс-мажорными обстоятельствами* (стихийные бедствия, резкая смена законодательных положений и т.д.). Мерами по их снижению служит работа

организации с достаточным запасом финансовой прочности - высокой ликвидностью и высоким коэффициентом автономии, когда создается специальный страховой фонд на подобные развития событий.

С целью снижения общего влияния рисков на эффективность работы учреждения здравоохранения необходимо предусмотреть коммерческое страхование по действующим системам страхования (страхование имущества, транспортных перевозок, рисков, заложенных в коммерческих контрактах по заключаемым сделкам, перестрахование и пр.).

Развитие механизмов взаимодействия государства и бизнеса определено как приоритетное направление в деятельности Правительства РФ на период до 2018 г. В области модернизации здравоохранения оно предусматривает государственно-частное партнерство (далее - ГЧП) и другие формы привлечения частного капитала для развития инфраструктуры отрасли.

Под *государственно-частным взаимодействием* в сфере здравоохранения понимается взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, органов местного самоуправления (как публичного партнера), частных и некоммерческих организаций (как частных партнеров), которое позволяет обеспечить эффективное выполнение задач публично-правовых образований в сфере здравоохранения путем привлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления, содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления услуг¹³.

К основным механизмам государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения относятся:

- концессии;
- сделки по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности;
- аренда государственного имущества с возложением на арендатора обязательств по проведению текущего и капитального ремонта арендуемого имущества;
- лизинг;
- участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- франшиза¹⁴;
- аутсорсинг;
- создание коммерческих организаций.

По оценкам экспертов, наиболее перспективная форма государственно-частного взаимодействия в здравоохранении — это передача частному партнеру в концессию объектов государства (недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских учреждений, а в последующем — оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости вложенных частным парт-

¹³Там же, разд. 1.

¹⁴ Договор об операционной деятельности, где условия по оказанию сервиса полностью оговариваются держателем франшизы.

нером инвестиций и получение им прибыли (одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной основе).

По сути, ГЧП является одним из способов аутсорсинга государственных функций. Под аутсорсингом здесь понимается вынесение вспомогательных и части основных бизнес-процессов за границы государственной медицинской организации. В этом случае государство ставит цели повышения качества государственных товаров и услуг при неменяющихся государственных бюджетных расходах или снижение бюджетных расходов при сохранении текущего уровня качества. Медицинские услуги в связи с их социальной значимостью, безусловно, относятся к государственным услугам, тем услугам, качество и форма предоставления которых гарантируется государством. Таким образом, ГЧП представляет собой юридически закреплённую на определённый срок форму взаимодействия между государством и частными организациями в отношении объектов государственной и муниципальной собственности, а также услуг, оказываемых государственными и муниципальными органами, учреждениями и предприятиями в целях реализации общественно значимых экономических проектов.

Перечислим принципы такого взаимодействия:

- законность, социально-экономический эффект и эффективность;
- обоснованность принимаемых органами государственной власти управленческих решений;
- взаимовыгодность;
- объединение ресурсов ради достижения конкретного результата;
- распределение ответственности и рисков между публичными и частными партнерами;
- сохранение профиля объектов здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой населению бесплатной медицинской помощи, а также ее доступности и качества;
- мониторинг и контроль над реализацией проектов государственно-частного взаимодействия.

При соблюдении данных принципов между государством и коммерческой организацией заключается договор по объекту инфраструктуры или общественной услуги. Предполагается софинансирование совместных проектов в определенных долях государством и частными компаниями, разделение рисков между участниками и фиксированный срок ГЧП.

ГЧП развито в Великобритании, других странах Западной Европы и США. В Великобритании на долю ГЧП в здравоохранении приходится 12% от всех отраслевых проектов.

В условиях ГЧП общественные затраты на проекты на 10—15% ниже тех совокупных издержек, которые несло бы общество, финансируя проекты только из государственных источников. Это объясняется тем обстоятельством, что бизнес более оперативен, свободен в принятии решений, может оптимизировать издержки и добиваться, например, снижения сроков строительства объекта, возводимого на взаимовыгодной основе. Выгоды коммер-

ческой организации таковы: она получает гарантированный государством доход и рынок, а также снижает для себя риски конкурентной борьбы. Выгоды государства - это прежде всего экономия бюджетных средств при реализации социально значимых проектов здравоохранения, доступ к технологиям и интеллектуальным ресурсам высокого профессионального уровня, повышение качества государственных услуг. Недостатком ГЧП является то, что государство не может единолично распоряжаться объектами, находящимися в совместном ведении. Частные компании также несут риски потери собственности в случае смены экономических приоритетов государства.

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
– филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

для направления подготовки: **38.03.02 «Менеджмент»**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Багдасарян Д.Г.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Заведующая кафедрой экономики, менеджмента и государственного управления института сервиса, туризма и дизайна (филиала) ФГАОУ ВО СКФУ в г. Пятигорске, доктор экономических наук, доцент, Штапова Ирина Сергеевна

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

- владением методами принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций (ОПК 6);
- умением применять основные методы финансового менеджмента для оценки активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала, в том числе, при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации (ПК 4);
- владением навыками количественного и качественного анализа информации при принятии управленческих решений, построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления (ПК 10).

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Раздел 1. Социальные и этические аспекты эффективности системы здравоохранения

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Общие понятия об экономических методах принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Роль экономических методов управления на уровне муниципального здравоохранения и отдельных ЛПУ	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений	ОПК-6, ПК-4, ПК-10

Раздел 2. Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
----------	--	--------------------------------

	Методы финансового менеджмента для оценки активов	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Механизм финансового менеджмента	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Роль финансового менеджмента	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Балансовый метод оценки активов	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Деловая активность организации	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Управление оборотным капиталом в медицинских организациях	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Состав и структура оборотного капитала	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Управление внеоборотными активами	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Управление заемным капиталом	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
5	Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Управление и структура капитала организации	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Управление собственным капиталом	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Организация здравоохранения как субъект экономических отношений	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Дополнительные источники финансирования медицинских организаций	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Количественный и качественный анализ при принятии управленческих решений	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Бухгалтерский и управленческий учет в организации здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Процессы управленческого учета: бюджетирования, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Диагностика финансово-хозяйственной деятельности и показатели финансового состояния	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Предмет, цели и задачи экономического анализа. Виды экономического анализа	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
5	Процесс и результат финансового анализа медицинской организации	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Экономические, финансовые и организационно-управленческие модели для организации управления	ОПК-6, ПК-4, ПК-10

	Экономическая модель управления организацией	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Финансовая модель управления организацией	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Организационно-управленческая модель управления организацией	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Оплата труда медицинских работников	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Рынок труда и заработная плата. формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Понятие эффективного контракта.	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
4	Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
	Планирование деятельности организации здравоохранения	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
1	Характеристика частной системы здравоохранения РФ	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
2	Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе	ОПК-6, ПК-4, ПК-10
3	Государственно-частное партнерство в здравоохранении	ОПК-6, ПК-4, ПК-10

ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ИЛИ ИНЫХ МАТЕРИАЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 1 Социальные и этические аспекты эффективности системы здравоохранения

Тема 1. Общие понятия об экономических методах принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций

Перечень вопросов к занятию:

1. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы
2. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении
3. Роль экономических методов управления на уровне муниципального здравоохранения и отдельных ЛПУ
4. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы
2. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении

3. Роль экономических методов управления на уровне муниципального здравоохранения и отдельных ЛПУ
4. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каково отличительное свойство гражданского общества
2. Каковы основные черты экономических отношений пациента и врача
3. Какова роль государственного управления в повышении эффективности системы здравоохранения
4. В чем выражается управленческая практика государства в сфере социальной политики

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

С целью выработки важного управленческого решения, вам поручено определить с кем ваша медицинская организация должна установить договорные отношения и на каких условиях. Для этого установите взаимосвязи между субъектами макроэкономической корпорации здравоохранения (укажите стрелками на схеме 1.)



Схема 1. Субъекты экономических отношений здравоохранения как макроэкономическая корпорация.

Перечень тем рефератов:

1. Общественное здоровье и здравоохранение.
2. Экономика здравоохранения как научная дисциплина
3. Медицина как социальная практика
4. Макроэкономическая корпорация здравоохранения

Фонд тестовых заданий по теме 1:

1. Доходы в учреждениях здравоохранения России разрешены в следующих формах:

- а) доходы от собственности но приносящей доходы деятельности;
- б) доходы от рыночных продаж товаров и услуг;
- в) доходы в виде безвозмездных поступлений от приносящей доходы деятельности других организаций;
- г) все ответы верны.

2. Какой основополагающий документ в законодательстве РФ содержит следующее положение: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»:

- а) Федеральный закон от № 323-ФЗ;
- б) Федеральный закон № 83-ФЗ;
- в) статья 41 Конституции РФ;
- г) Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»?

3. Какой из перечисленных действующих нормативных правовых документов наиболее полно регулирует вопросы предоставления платных медицинских услуг населению в Российской Федерации:

- а) постановление Правительства РФ №27 от 13.01.1996 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- б) приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 06.08.1996 № 312 « Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования»;
- в) приказ Минздрава России от 18.03.2002 №85 «О работах и услугах, оказываемых учреждениями Госсанэпидслужбы России по договорам с гражданами, индивидуальными индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами»;
- г) постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг»;

4. Вставьте недостающее, наиболее полное, понятие в определение: «На основе... возможна передача некоторых функции учреждений здравоохранения как хозяйствующих субъектов сторонним организациям»:

- а) аутсорсинга;
- б) медицинского клининга;
- в) информационных технологии;
- г) бухгалтерского учета,

5. В соответствии с правилами оказания платных медицинских услуг в случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор:

- а) расторгается;
- б) сохраняется;
- и) требует судебного разбирательства;
- г) пролонгируется.

6. В случае отказа потребителя после заключении договора от получения медицинских услуг и расторжения договора:

- а) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю все запланированные

исполнением расходы;

б) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы;

в) потребитель (заказчик) свободен от финансовых обязательств;

г) все ответы верны.

7. Бюджетному учреждению здравоохранения законодательно:

а) разрешается реализовать имущество стоимостью свыше 100 тыс. руб. без согласования с учредителем;

б) не разрешается заключать договор финансового лизинга;

в) установлена возможность заключать договор финансового лизинга;

г) разрешается открывать счета в банках.

8. Без согласия пациента (потребителя, заказчика) исполнитель (медицинская организация, врач) не вправе предоставлять:

а) дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;

б) дополнительные медицинские услуги на безвозмездной основе;

в) транспортные услуги;

г) все ответы неверны.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 2
Экономические ресурсы здравоохранения и медицинских организаций
Тема 2. Методы финансового менеджмента для оценки активов**

Перечень вопросов к занятию:

1. Механизм финансового менеджмента

2. Роль финансового менеджмента

3. Балансовый метод оценки активов

3. Деловая активность организации

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Механизм финансового менеджмента

2. Роль финансового менеджмента

3. Балансовый метод оценки активов

3. Деловая активность организации

Вопросы для устного опроса студентов:

1. **Что является предметом финансового менеджмента?**

2. **Перечислите основные задачи финансового менеджмента:**

3. **Перечислите основные категории финансового менеджмента**

4. **Назовите основные функции финансового менеджмента:**

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1. Больной М. 45 лет, обратился в платную поликлинику, где был поставлен диагноз «аппендицит». Пациенту предложена госпитализация на штатных условиях в одну из клиник города, на которую он согласился. В клинике первоначальный диагноз был подтвержден. Больной заключил договор на операцию и лечение по поводу выявленного заболевания, также

была внесена соответствующая лечению предварительная плата. Ход операции на начальном этапе соответствовал исходному диагнозу, однако в конце операции после удаления аппендикса было выяснено, что изменения не соответствуют картине первоначального диагноза. Выполнена срединная лапаротомия, разрез расширен кверху. При ревизии брюшной полости обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Произведено ушивание прободной язвы. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан через 27 дней. После проведенного лечения больному было предложено доплатить за проведенную операцию и пребывание в стационаре.

Вопросы и задания

2. Исходя из изложенной ситуации, кто несет ответственность за диагностическую ошибку; на каких основаниях предложена доплата за лечение и кто обязан ее произвести?

Перечень тем рефератов:

1. Технологии обеспечения качества в медицине и стандартизация здравоохранения
2. История возникновения управленческой науки
3. Концептуальный аппарат управленческой науки
4. Отношения собственности и организационно-правовые фонды деятельности в здравоохранении.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

1. Отличительное свойство гражданского общества с точки зрения управления это:

- а) подчиненность государству;
- б) самоорганизация;
- в) подчиненность обычаям;
- г) раздробленность.

2. Дополните определение понятия государства «государство - это институты, законы, территория, население...»:

- а) представители администрации;
- б) язык;
- в) Конституция;
- г) глава государства;

3. Каковы две главные функции управления государством:

- а) идеологии и экономика;
- б) право на легитимное насилие и публично-правовое согласование интересов представителей гражданского общества;
- в) внутренняя и внешняя политика
- г) социальная политика и производство

4. Каковы последствия неуправляемости государством:

- а) неповиновение руководству;
- б) распил института семьи;
- в) коррупция и присвоение чужой собственности;

г) война всех против всех?

5. Политика это:

- а) управление, включающее регулирование интересов граждан, организаций, партий, социальных слоев, наций, межгосударственных отношений;
- б) искусство возможного;
- в) рискованная деятельность в условиях с неопределенным результатом;
- г) совокупность средств и методов, направленных на достижение поставленной цели.

6. Право это:

- а) свобода, определенная законом;
- б) справедливость, определенная законом;
- в) совокупность общеобязательных социальных норм, устанавливаемых и охраняемых государством;
- г) наука, изучающая социальные нормы и правила,

7. Гражданское общество - это:

- а) совокупность свободных и равных граждан в рамках государства;
- б) союз независимых от государства граждан и организации, активно сотрудничающих с государством;
- в) сфера частных, экономических, материальных интересов и целей частных граждан общества
- г) социальное пространство, в котором люди связаны и взаимодействуют между собой, будучи независимыми как друг от друга, так и от государства индивидами.

8. Медицинские учреждения выступают как субъекты:

- а) конституционного права;
- б) гражданского права;
- в) уголовного права;
- г) все ответы верны.

Тема 3. Управление оборотным капиталом в медицинских организациях

Перечень вопросов к занятию:

1. Состав и структура оборотного капитала
2. Управление внеоборотными активами
3. Управление заемным капиталом
3. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций
4. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Состав и структура оборотного капитала
2. Управление внеоборотными активами
3. Управление заемным капиталом

3. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций
4. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каковы основные функции управления
2. Какова специфика управления в сфере здравоохранения
3. Каково соотношение рыночных и государственных регуляторов в сфере здравоохранения
4. Что такое «цикл управленческой деятельности»

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1. В учреждении здравоохранения поставлена задача модернизации основных фондов. Решение данной задачи связано с подготовкой помещений медицинского учреждения, переоснащением подразделений новой медицинской техникой, переобучением имеющегося кадрового состава, приглашением к работе новых специалистов, мотивацией персонала, информационным обеспечением организации.

Вопросы и задания

3. Что из перечисленных управленческих действий в большей степени является стратегией, а что тактикой?
4. Какие теоретические знания менеджмента вам понадобятся **для** решения данной практической ситуации?

Перечень тем рефератов:

1. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика
2. Дополнительные источники финансирования медицинских услуг.
3. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
4. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении.
5. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения.

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

1. Дополните определение «....- это комплексное решение проблем, связанных с формированием подразделений организации, учетом, контролем, бизнес планированием;

- а) стратегия;
- б) прибыль
- в) связь с общественностью
- г) работа с персоналом

2. Социология - это наука:

- а) о социальных отношениях между людьми в гражданском обществе, осуществляющихся в статусно-ролевых позициях;
- б) об обществе;
- в) о социальном поведении людей;
- г) об изучении общественного мнения.

3. Менеджмент как цикл управления делится:

- а) на независимые части;
- б) на части, каждая из которых содержит все остальные;
- в) на организационные части;
- г) все ответы неверны,

4. Политическая культура - это:

- а) специфические познавательные и поведенческие ценности в политике, эффективные на практике и согласующиеся со стандартами нравственности;
- б) личное духовное богатство индивида;
- в) плюрализм творческих установок и форм самовыражения отдельных организаций, направленных на воспроизводство и обновление своего существования;
- г) набор психологических установок отдельных лиц и организаций в политической сфере.

5. Лидер - это

- а) руководитель, осуществляющий представительские функции управления;
- б) руководитель, навязывающий свою волю подчиненным и преследующий при этом собственные цели, отличные от целей организации;
- в) руководитель, координирующий, организующий, контролирующий и мотивирующий своих подчиненных в соответствии с целью организации;
- г) первый среди равных.

6. Власть - это:

- а) мотивация (экономический ресурс);
- б) принуждение (административный ресурс);
- в) совокупность управленческих структур (институциональный ресурс);
- г) убеждение (информационно-коммуникационный ресурс).

7. Менеджмент – это:

- а) наука и идеология;
- б) функции, методы, принципы и приемы успешного руководства коммерческими и некоммерческими организациями;
- в) социальный слой и его культура;
- г) социальный институт как организационная единица.

8. Политическая установка прежде всего должна быть:

- а) выражена с помощью абстрактных определений науки;
- б) представлена в виде социального действия;
- в) институционализована;
- г) проявлена в художественных образах средствами искусства и массовой культуры.

Тема 4. Управление и структура капитала организации

Перечень вопросов к занятию:

1. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом

2. Управление собственным капиталом
3. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом
2. Управление собственным капиталом
3. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями

Вопросы для устного опроса студентов:

1. В чем суть управления структурой капитала?
2. В чем суть долгосрочного финансирования за счет акционерного капитала?
3. В чем суть долгосрочного финансирования за счет заемных средств?
4. Каковы виды и сущность краткосрочного финансирования?

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Распределите альтернативные источники финансирования учреждения здравоохранения на внутренние и внешние:

- средства добровольного медицинского страхования;
- благотворительные средства;
- доходы от платных медицинских услуг на основе прямых договоров с гражданами сверх программы госгарантий;
- кредиты банков (для автономных учреждений);
- эффективное использование имеющихся финансовых средств;
- доходы от аренды;
- продажа технологий лечения, научно-методической медицинской информации;
- накопления на депозитных счетах в банках;
- накопление фонда амортизации.

Задание 2

По словам главы Минздрава России В. И. Скворцовой, из профессии ежегодно уходят 50 тыс. врачей, из них 15 тыс. находят другую работу, «остальные либо умирают на работе, либо уходят на пенсию». Дефицит кадров составляет порядка 40 тыс. специалистов. Что вы можете предложить, для исправления данной ситуации?

Задание 3

На выполнение Программы по развитию кадров медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы на 2012 - 2017 гг. запланирован общий объем финансирования (из бюджета г. Москвы) - 16 491326,50 тыс. руб., в том числе по годам:

Годы	2013	2014	2015	2016	2017
Объем финансирования, тыс. руб.	3030038,6	3186930,9	3302648,0	3445046,8	3526602,2

Задание 4

Численность и структура медицинских кадров г. Москвы характеризуется следующими показателями.

На 1 января 2012 г, численность медицинских работников в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы составляла 169209 чел., из них:

- врачи, чел, 45558; .
- врачи участковые (терапевты, педиатры, врачи общей практики), чел.- 4979;
- средний медицинский персонал, чел, - 85542;
- средний медицинский персонал, работающий с врачами участковыми (терапевтами, педиатрами, врачами общей практики), чел, 4797.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:1,9.

Является ли оптимальным такое соотношение врачей и среднего медицинского персонала?

Перечень тем рефератов:

1. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении.
2. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении.
3. Финансовая среда здравоохранения.
4. Финансирование здравоохранения.
5. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению.

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Бюджетная модель финансирования здравоохранения:

- а) основывается на сборе налогов, па которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется объем расходов на здравоохранение;
- б) основывается преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование;
- в) основывается на субвенции Территориальному фонду обязательного медицинского страхования;
- г) все ответы верны.

2. Источниками финансирования учреждений здравоохранения в условиях одноканального финансирования системы обязательного медицинского страхования должны являться:

- а) бюджеты разных уровней;
- б) средства медицинского страхования;
- в) доходы от платных медицинских и сервисных услуг населению;
- г) все ранее перечисленное.

3. Общественная результативность здравоохранения не должна оцениваться:

- а) по величине полученных доходов от медицинской деятельности;
- б) по степени защищенности населения в области охраны здоровья;
- в) по степени реализации прав пациентов;
- г) по увеличению продолжительности жизни, увеличению рождаемости, снижению заболеваемости населения.

4. При определении преимущественных видов медицинской деятельности и объемов необходимых средств должны быть решены несколько групп вопросов:

- а) вопросы соотношения полученного результата и вложенных средств;
- б) вопросы справедливого использования общественных ресурсов, выделяемых на здравоохранение;
- в) вопросы ценностей общества в сфере медицинской помощи;
- г) все ответы верны,

5. На сегодняшний день состояние кадровых ресурсов характеризуется.

- а) дефицитом медицинских работ икон;
- б) чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных юродах;
- я) дефицитным соотношением численности младшего и среднего медицинского персонала к общей численности врачей;
- г) вес ответы верны.

6. Вставьте пропущенный термин в определение: «Цена экономического выбора, или вмененные издержки, есть цена жизненных благ или доходов, которых мы лишаемся, когда выбираем иной вариант действий. В здравоохранении это экономическое понятие проявляются при определении..., возникающего вследствие роста заболеваемости населения»:

- а) объема финансовых средств;
- б) экономического ущерба;
- в) объема материальных ресурсов.
- г) все ответы неверны,

7. Стремиться к удешевлению оборотных фондов, элементом которых являются лекарственные препараты, применяемые в учреждении здравоохранения, порой невыгодно:

- а) так как применение дешевых лекарственных препаратов зачастую не приносит экономическую выгоду обществу в целом;
- б) поскольку дешевые лекарственные препараты, входящие элементом в оборотные фонды учреждения здравоохранения, могут обладать незначительным медицинским эффектом;
- в) так как неэффективное дешевое лекарство ведет к увеличению сроков лечения и. как следствие, к удорожанию лечебного процесса, что в медицине означает дешево - не значит экономно;
- г) все ответы верны,

8. Эффективность системы здравоохранения зависит:

- а) от качества исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками, определяемого их знаниями и мотивацией к работе;
- б) от уровня заработной платы врачей;
- в) от уровня заработной платы медицинских сеттер;
- г) от объемов финансирования здравоохранения государством.

Тема 5.. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений

Перечень вопросов к занятию:

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении
2. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций
3. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения
4. Количественный и качественный анализ при принятии управленческих решений

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении
2. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций
3. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения
4. Количественный и качественный анализ при принятии управленческих решений

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каковы политические и социологические аспекты управления
2. В чем сущность стратегического планирования организации
3. Каковы основные принципы и функции контроля в организации
4. Что такое управление
5. Какими основными чертами должен обладать руководитель – лидер организации

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Американская фирма Burger King, работающая в сфере общественного питания, построила (как и многие другие высокодоходные организации фастфуда) свою ценовую политику на корпоративной идее организации или обед за 10 долл, с бифштексом, или фирменный сэндвич за 1,5 долл.

В чем, на ваш взгляд, финансовая суть стратегического планирования деятельности организации такого рода, направленная на обслуживание общественных потребностей населения?

Перечень тем рефератов:

1. Факторы, определяющие эффективность медицинской помощи.
2. Методы расчета стоимости болезни.
3. Характеристика метода «затрат-эффекты».
4. Характеристика частной системы здравоохранения РФ.

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Главное отличие западной традиции менеджмента - это:

- а) оптимизация локальном коммерческой прибыли;
- б) функциональная модель управления;
- в) дивизиональная модель управления;
- г) управление с помощью Совета директоров.

2. Закончите правильно высказывание: «В менеджменте, прежде чем организовывать дело, решите, насколько ваша организация...»:

- а) престижна;
- б) богата;
- в) управляема;
- г) доступна.

3. Главное из перечисленного: «Управление это...»:

- а) сила;
- б) знание;
- в) территория;
- г) богатство.

4. Функциональное управление определяется;

- а) функциями персонала;
- б) функциями руководства;
- в) узкой специализацией по родам деятельности;
- г) преобладанием формальных методов при разработке функций руководства.

5. В определении выбора цели в процессе управления: «выбор цели это разработка обеспечивающих планов, указаний по принятию решений и действий (таких как политика, стратегии, процедуры, правила, бюджеты)» пропущено:

- а) указание вышестоящей организации;
- б) опрос населения;
- в) определение ресурсов организации;
- г) определение миссии и задач (долгосрочных, среднесрочных, краткосрочных).

6. Согласно японской традиции менеджмента, если что-то не работает, то надо:

- а) подать иск в суд;
- б) пожаловаться в фирму;
- в) снова прочесть инструкцию;
- г) доработать изделие,

7. Договор о намерениях это:

- а) учредительный документ;
- б) заявление в государственную структуру;
- в) уведомление персоналу;
- г) предварительный договор, в котором зафиксированы обоюдные желания и намерения сторон сотрудничать на договорной основе, не налагающий финансовые и юридические обязательства, но вызывающий

взаимное доверие.

8. В менеджменте прибыль это:

- а) внутренняя проблема организации;
- б) государственная проблема;
- в) производственная проблема;
- г) финансовая проблема.

Тема 6.. Бухгалтерский и управленческий учет в организации здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета
2. Процессы управленческого учета: бюджетирования, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета
2. Процессы управленческого учета: бюджетирования, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат

Вопросы для устного опроса студентов:

1. С какими субъектами финансовой системы взаимодействует учреждение здравоохранения
2. Каким образом оплачивается медицинская помощь в дневных стационарах
3. В чем отличие бухгалтерского учета от управленческого
4. Каковы показатели эффективности использования управленческого учета в организациях здравоохранения.

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Исходные данные: руководство Департамента здравоохранения города против развития платной медицинской деятельности в медицинских учреждениях, находящихся в его ведении,

Вопросы и задания

4. На основе каких Федеральных законов РФ (или других нормативных правовых документов) Департамент здравоохранения может запретить платную медицинскую деятельность в учреждениях здравоохранения города и в каких случаях?
5. Какие социально-политические задачи должен решать Департамент здравоохранения?
6. Какие методы контроля над платной медицинской деятельностью могут применять органы исполнительной власти на условиях коммерциализации здравоохранения?

Задание 2

Исходные данные

Руководством Медицинского университета принято решение оборудовать

телестудию для применения телемедицины в лечебно-диагностическом процессе и оказывать консультативную помощь на коммерческой основе другим организациям здравоохранения. Исходные данные на содержание телестудии представлены в табл. 3.1

Таблица 3.1

Затраты на содержание телестудии (в расчете на одну ставку сотрудника)

Наименование затрат (в среднем) в год	Величина затрат в год
Фонд оплаты труда (ФОТ) персонала	123 831 руб.
Начисления на оплату труда	30% от ФОТ
Медикаменты	-
Предметы медицинского назначения	-
Амортизации оборудования	18000 руб.
Услуги связи	770 руб.
Коммунальные платежи	8160 руб.
Текущий ремонт зданий	1781 руб.
Трансферты (на книги и т.п.)	1068 руб.
Общехозяйственные расходы	1232 руб.
Прочие расходы (канцтовары, обслуживание оргтехники, методические материалы)	6082 руб.
Содержание административно-хозяйственной части (ЛХЧ)	22020 руб.

Общее количество медицинских услуг 600 консультации (и год).

Вопросы и задания

1. Найдите себестоимость содержания телестудии в расчете на одну медицинскую услугу (в год).

5. Консультацию проводят два доктора медицинских наук, профессора. Рассчитайте затраты на оплату труда двух консультантов в расчете на одну медицинскую услугу данных специалистов, если затраты на оплату одной консультации одного профессора составляют 3500 руб., с учетом обязательных платежей в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, в общей сумме равных 30% от затрат на оплату одной консультации.

6. Определите цену одной услуги телемедицины с учетом оплаты труда консультантов (с начислениями).

7. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины.

6. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины,

7. Исходя из ранее проведенных расчетов, получает ли телестудия прибыль? Есть ли выгода в работе для консультанта и телестудии?

Перечень тем рефератов:

1. Бухгалтерский учет, как информационная система

2. Измерители, применяемые в бухгалтерском учете
3. Задачи бухгалтерского учета и предъявляемые к нему требования на современном этапе.
4. Цели и концепции финансового учета
5. Принципы финансового учета
6. Взаимосвязь финансового и управленческого учета

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

1. В основе ABC - метода лежит группировка затрат:

- а) по видам продукции и услуг;
- б) по функциям производства, видам работ и услуг;
- в) по центрам ответственности;
- г) все ответы верны.

2. Бюджетирование возможно:

- а) только в коммерческих организациях;
- б) только в бюджетных учреждениях;

3. В основе бухгалтерского учета положен принцип:

- а) денежного измерения;
- б) обязательного документирования;
- в) двусторонности, или двойной записи;
- г) все ответы верны.

4. Управленческий учет характеризуют следующие положения:

- а) задача управленческого учета - получить информацию о ходе производственного процесса в отдельной хозяйственной единице с целью принятия точных управленческих решений;
- б) организация управленческого учета не регламентируется государством;
- в) применение управленческого учета имеет добровольный характер;
- г) все ответы верны.

5. В бухгалтерском учете запись о поступлении средств принято называть:

- а) учетной;
- б) дебетовой;
- в) кредитовой;
- г) бухгалтерской,

6. В бухгалтерском учете запись о месте размещения средств называют:

- а) дебетовой;
- б) учетной;
- в) балансовой;
- г) финансовой.

7. Основное отличие бюджетирования от финансового планирования заключается:

- а) в составлении финансового плана;
- б) делегировании финансовой ответственности;
- в) составлении бюджетов;
- г) все ответы неверны,

8. Учетная политика учреждения здравоохранения должна быть утверждена:

- а) приказом или распоряжением руководителя государственного муниципального учреждения здравоохранения;
 - б) приказом Минздрава России;
 - в) постановлением Правительства РФ;
 - г) распоряжением главного бухгалтера учреждения здравоохранения.
9. Золотым правилом бухгалтерского учета является:
- а) принцип двойной записи;
 - б) «нет бухгалтерской записи без документа»;
 - в) ведение счетов;
 - г) заполнение счета-фактуры.

Тема 7. Диагностика финансово-хозяйственной деятельности и показатели финансового состояния

Перечень вопросов к занятию:

1. Предмет, цели и задачи экономического анализа.
2. Виды экономического анализа
3. Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения
4. Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения
5. Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации
6. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Предмет, цели и задачи экономического анализа.
2. Виды экономического анализа
3. Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения
4. Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения
5. Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации
6. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каковы показатели эффективности использования материальных ресурсов организации здравоохранения?
2. Является ли сформированная полная себестоимость медицинской услуги условием финансовой устойчивости учреждения здравоохранения, и если да, то почему?

3. Каковы показатели эффективности управления финансовыми ресурсами ТФОМС?

4. Каковы показатели эффективности использования трудовых ресурсов организации здравоохранения?

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1

Исходные данные

Предположим, что на реализацию территориальной программы ОМС в субъекте РФ поступило 490,1 млн. руб., па них 795 млн. руб. на неработающее население. Данная сумма предусматривала покрытие всех расходов медицинских учреждений по всем статьям экономической классификации. В субъекте РФ проживало 1308,7 тыс. чел., на них 530.9 тыс. чел. – неработающие. Территориальная программа ОМС является частью территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ), для выполнения ТПГГ из регионального бюджета дополнительно поступило 2104,7 млн. руб., из муниципального бюджета еще 1237,4 млн. руб. (на ОМС неработающего населения).

Примечание

1. Количество субъектов РФ в зависимости от размера подушевого норматива ПГГ в 2007 г. (источник Минздрав России, 2009) указано в таблице 2, ниже.

Подушевой норматив, руб./год	Количество субъектов РФ
От 1723,5 до 3000	9
От 3001 до 6000	59
От 6001 до 22377,1	19
Средневзвешенный показатель - 5150,4 руб.	Россия

2. Порядок расчета страхового взноса на ОМС неработающего населения;

$$СВ_{\text{омс}} = УТ_{\text{СВомс}} \times КД \times КУС_{\text{м.у}}$$

где $УТ_{\text{СВомс}}$ - утвержденный тариф страхового взноса ОМС неработающего населения, который составляет 18864,6 руб.;

КД – коэффициент дифференциации для субъектов РФ;

КУС – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг

3. Дополнительная информация для сравнения результатов расчетов:

- с 2012 г, для упорядочения поступления финансовых средств для всех регионов страны определена единая ставка страховых взносов на ОМС неработающего населения;

– субвенции ФФОМС' на одно застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили 8260,7 руб.;

– в расчете на одного жителя (бюджет субъекта РФ в среднем) в 2015 г. 3338,4 руб.

Вопросы и задания

1. Какова величина страховых взносов на одного застрахованного

работающего гражданина и одного застрахованного неработающего гражданина до поступления средств из региональной и муниципального бюджетов и после?

2. Сравните величину страховых взносов на работающего и неработающего гражданина в данном субъекте РФ. Должны ли эти величины быть равны?

3. Есть ли дефицит финансирования территориальной ППГ в данном субъекте РФ за счет средств ОМС, если субвенции ФФОМС на одного застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили 8260,7 руб.?

Задание 1

Организация здравоохранения приняла решение о расширении платной медицинской деятельности и установлении средней цены на платные медицинские услуги в размере 300 руб. Определите рентабельность предоставления медицинской услуги по цене 300 руб., если совокупные затраты при оказании данной медицинской услуги составляют 200 руб., а налог на прибыль составляет 0%.

Примечание: эффективность использования финансовых ресурсов бюджетной организации здравоохранения может быть измерена с помощью расчета рентабельности платной медицинской деятельности по формуле:

Рентабельность = (Чистая прибыль: Затраты) x 100%.

Рентабельность - это относительное выражение прибыли.

Чистая прибыль - это прибыль после уплаты налогов организацией здравоохранения, ведущей платную медицинскую деятельность.

Перечень тем рефератов:

1. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе здравоохранения.
2. Государственно-частное партнерство в здравоохранении.
3. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации.

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. Дефицит средств для реализации территориальной программы ОМС покрывается:

- а) субвенциями ФФОМС;
- б) местным бюджетом;
- в) доходом от платных медицинских услуг
- г) все ответы неверны

2. Социально приемлемым вариантом сокращения программы ОМС является:

- 3) исключение на Программы отдельных видов медицинской помощи (например, отдельных видов стоматологической помощи для взрослых);
- 4) предоставление отдельных видов помощи только определенным контингентам населения;
- 3) введение доплат населения за оказанную помощь;
- 4) при превышении сроков стационарного лечения пациентом оплачивается часть стоимости каждого дня госпитализации?

- а) все ответы верны;
- б) все ответы неверны;
- в) верны первые два утверждения;
- г) верно только первое утверждение.

3. Вставьте в текст недостающее положение «... применяется метод финансирования по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности персонала, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи»:

- а) в дневном стационаре;
- б) в круглосуточном стационаре;
- в) в амбулаторно-поликлиническом звене;
- г) в санаторно-курортном комплексе.

4. За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая:

- а) диспансеризацию;
- б) ЭКО;
- в) профилактическую помощь;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

5. Функции страховщика как субъекта системы ОМС РФ выполняет:

- а) Федеральный фонд ОМС;
- б) страховая компания;
- в) медицинская организация;
- г) работодатель.

6. Федеральный фонд ОМС создает:

- а) страховой запас;
- б) резервы финансовых средств на выполнение программы модернизации здравоохранения субъектов РФ;
- в) резерв финансирования профилактических мероприятий;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

7. Из определения понятия клинико-статистической группы (КСГ) следует, что основными ее характеристиками являются:

- а) профиль медицинской помощи;
- б) перечень диагнозов;
- в) усредненный набор услуг диагностики и лечения, позволяющий оценить среднюю ресурсоемкость;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

8. Субъект РФ самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе:

- а) оплаты законченного случая лечения;
- б) подушевого норматива;

- в) КПП, объединяющих заболевания; КСГ, объединяющих заболевания; возможны сочетания обоих способов оплаты при различных заболеваниях;
- г) оплаты медицинской услуги.

Тема 8. Экономические, финансовые и организационно-управленческие модели для организации управления

Перечень вопросов к занятию:

1. Экономическая модель управления организацией
2. Финансовая модель управления организацией
3. Организационно-управленческая модель управления организацией

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Экономическая модель управления организацией
2. Финансовая модель управления организацией
3. Организационно-управленческая модель управления организацией

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каковы показатели эффективности управления финансовыми ресурсами страховой медицинской организации?
2. Какие существуют методы экономического анализа?
3. Какие показатели характеризуют общественную результативность работы учреждения здравоохранения?
4. Каковы основные характерные черты частной системы здравоохранения?
5. Из каких разделов состоит бизнес-план организации здравоохранения?

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Исходные данные

Показатель прироста госпитализированных больных от снижения показателя среднего числа дней пребывания больного:

$$П = \frac{K \times D_0}{C_p} - \frac{K \times D_0}{C_0} = \frac{2728 \times 320}{14,2} - \frac{2728 \times 320}{15,2} = 4045 \text{ чел.}$$

где П - прирост числа госпитализированных пациентов;

К - число коек в больницах региона - 2728;

Д₀ - число дней использования койки в отчетном году 320 дн.;

С₀ - Среднее число дней пребывания пациента в отчетном году 15,2 дн.;

С_р - расчетное число дней пребывания пациента в больнице 14,2 дн.

Снижение показателя среднего числа дней пребывания больного - 1 день.

Если добиться снижения среднего пребывания пациентов в городских больницах с 15,2 до 14,2 дня, то число дополнительных госпитализированных больных при прочих равных условиях составит 4045 чел. В этом случае количество коек, которое потребовалось бы для госпитализации такого количества пациентов, можно определить по формуле:

$$K = \frac{\Pi \times D_0}{C_0}$$

Стоимость ввода одной койки 11 тыс. руб.

Текущие расходы на содержание одной койки 600 руб. в день.

Вопросы и задания

1. Рассчитайте полученный экономический эффект в результате снижения среднего числа дней пребывания пациентов в больницах региона.
2. Определите, чему были бы равны общие затраты на развертывание дополнительного числа коек (в год), или иначе, величина сэкономленных средств, в результате снижения показателя среднего числа дней пребывания больного на 1 день?

Перечень тем рефератов:

1. Исторические этапы развития системы здравоохранения.
2. Актуальные вопросы развития здравоохранения в России.
3. Актуальные вопросы развития здравоохранения в зарубежном опыте.

Фонд тестовых заданий по теме № 8:

1. В каком случае предоставление медицинских услуг приносит прибыль:

- а) валовой доход превышает валовые издержки;
- б) цена превышает валовые средние издержки;
- в) валовые издержки превышают валовой доход;
- г) все ответы верны?

2. Финансово-экономический анализ базируется:

- а) па данных бухгалтерского учета и вероятностных оценках будущих факторов хозяйственной жизни;
- б) на аналитических расчетах;
- в) на управленческих решениях;
- г) на выявлении основных факторов, вызывающих изменения в финансово-экономическом состоянии организации здравоохранения.

3. Результат анализа это:

- а) финансовая отчетность;
- б) документ в виде аналитической записки (отчета);
- в) горизонтальный анализ;
- г) факторный анализ,

4. Анализ финансовых результатов включает;

- а) расчет показателей прибыли и рентабельности, эффективности использования ресурсов;
- б) исследование изменений каждого показателя за текущий анализируемый период, динамики изменения показателей за ряд отчетных периодов, структуры соответствующих показателей и ее изменений;
- в) исследование влияния отдельных показателей на конечный результат при - быть;
- г) все ответы верны.

5. Методика расчета факторных влияний на прибыль от реализации продукта включает:

- а) расчет влияния на прибыль экономии от снижения себестоимости медицинской услуги;
- б) расчет влияния на прибыль (доход) изменений отпускных цен на реализованный продукт медицинского труда;
- в) расчет влияния на прибыль изменений в объеме реализованных медицинских услуг.
- г) все ответы верны.

6. В качестве конечного финансового результата деятельности учреждения здравоохранения можно рассматривать:

- а) полное покрытие целевых текущих расходов за счет целевого использования доходов (финансовых поступлений из разных источников), достижений своеобразной точки безубыточности;
- б) прибыль учреждения здравоохранения;
- в) арендную плату;
- г) все ответы неверны.

7. Эффективность использования финансовых ресурсов БУЗ отражают следующие виды доходов:

- а) заработная плата медицинского персонала;
- б) выручка;
- в) прибыль, полученная в результате платной медицинской деятельности;
- г) все ответы верны.

8. Средние издержки определяются путем:

- а) деления общих издержек (ТС) на соответствующим объем производства услуг (Q) данной организации здравоохранения;
- б) сложения постоянных и переменных издержек;
- в) вычитания постоянных издержек из дохода организации здравоохранения;
- г) все ответы неверны.

9. Операционный рычаг определяется формулой:

- а) $\frac{R-T}{R} \times 100$
- б) $\frac{R-VC}{r}$
- в) $FC + VC$
- г) $\frac{FC}{P_i - VC_i}$

10. Базой для экономических расчетов и финансового анализа служат такие документы финансовой отчетности медицинского учреждения, как:

- а) баланс государственного (муниципального) учреждения, отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности;
- б) отчет о финансовых результатах деятельности учреждения;
- в) инвентаризационная книга;

г) все ответы верны.

Тема 9. Оплата труда медицинских работников

Перечень вопросов к занятию:

1. Рынок труда и заработная плата.
2. Формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения
3. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
4. Понятие эффективного контракта.
5. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Рынок труда и заработная плата.
2. формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения
3. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
4. Понятие эффективного контракта.
5. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Что такое фонд оплаты труда (ФОТ)?
2. Чем отличается понятие производительность труда и интенсивность труда?
3. Какова главная цель внедрения новых систем оплаты труда?
4. Как измерить затраты труда медицинского работника?
5. Какие системы оплаты труда вам известны?
6. Что такое смешанная форма оплаты труда?

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Исходные данные:

Предположим, в терапевтическом отделении Центральной районной больницы города N количество врачей составляет 20 чел., средний медицинский персонал- 45 чел., младший медицинский персонал – 32 чел. По критериям качества распределяется 500000 руб. стимулирующих выплат.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. Определите размеры выплат стимулирующего характера по каждой категории кадрового состава терапевтического отделения данной больницы.

Задание 2.

Исходные данные:

Имеются следующие данные по оценке работы медицинского персонала в течение месяца:

- медицинская сестра набрала 22 балла;

- лечащий врач – 30 баллов;
- главный врач (руководитель организации) – 47 баллов.

При этом доля от выручки, предназначенная на выплаты стимулирующего характера данному персоналу, составила 90900руб. в месяц.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. На основе системы оценки работы медицинского персонала, сделайте расчет дополнительной оплаты труда медицинского персонала, оказывающего услуги в организации здравоохранения на коммерческой основе.
3. Какие факторы, необходимо дополнительно включить в данную таблицу, а какие, наоборот исключить из нее.
4. Составить таблицу «Многофакторная система аналитической оценки работы» для своей организации.

Задание 3.

Исходные данные:

При определении ФОТ в медицинских учреждениях систем государственного и муниципального здравоохранения применяется один из двух вариантов расчета:

1) $\text{ФОТ} = \text{Годовой ФЗП в соответствии с утвержденным штатным расписанием} + \text{Выплаты компенсационного характера} + \text{Выплаты стимулирующего характера}$;

2) $\text{ФОТ} = \text{Заработная плата основного персонала} \times (1 + \text{коэффициент доплат})$.

Напоминаем, что доплата – это выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер за дополнительные трудозатраты работника. Выплаты стимулирующего характера возможны, если есть доходы от оказания платных медицинских услуг.

Предположим, в поликлинике N применяется второй способ расчета годового ФОТ. Базовый ФОТ медицинских работников подразделения поликлиники составил 6 млн. руб. в год. В отделении работает 10 медицинских сотрудников и реализуется в месяц 300 платных посещений и 5500 посещений по обязательному медицинскому страхованию. Коэффициент доплат составляет 0,2. Для нахождения значения статьи расходов «Оплата труда» в расчете на одно посещение можно использовать следующую формулу:

$\text{Оплата труда на одно посещение} = \text{ФОТ} / \text{Количество посещений}$

Вопросы и задания

1. Рассчитайте среднюю величину оплаты труда, приходящуюся на одну платную медицинскую услугу, если в расчет тарифа включается средняя величина заработной платы сотрудника, получаемая им по основной ставке с учетом доплат компенсационного характера.
2. Какую величину оплаты труда в среднем дополнительно получает каждый сотрудник в месяц в качестве выплат стимулирующего характера за счет платных медицинских услуг.

3. Оцените интенсивность труда медицинских работников данного подразделения и ответьте на вопрос: могут ли они увеличить прием платных пациентов.

Задание 4.

Исходные данные:

предположим, повышающий коэффициент за период у врача К. составляет 0,9; понижающий - -0,5. Оклад врача составляет 30000 руб. в месяц.

Дополнительная информация:

По условию задания заработная плата среднего медицинского персонала рассчитывается исходя из сложившегося соотношения средней заработной платы врачебного и среднего медперсонала в данном учреждении здравоохранения.

Вопросы и задания:

1. Какова сумма выплат врачу за период с учетом повышающих и понижающих коэффициентов.
2. Определите стимулирующую часть заработной платы.
3. Составьте самостоятельно таблицу повышающих и понижающих коэффициентов медсестринского персонала, приведите пример и сделайте аналогичный расчет.

Перечень тем рефератов:

1. История возникновения управленческой науки.
2. Концептуальный аппарат управленческой науки.
3. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении.
4. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения.
5. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении.

Фонд тестовых заданий по теме № 9:

1. Эффективный контракт – это:

- а) трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- б) система критериев и показателей эффективности деятельности персонала;
- в) оплата труда за внутреннее совместительство должностей;
- г) конкретизация должностных функций работника, показателей и критериев оценки эффективности его труда.

2. О предстоящих изменениях условий трудового договора, а также о причинах, вызвавших необходимость таких изменений, работодатель обязан уведомить работника:

- а) в устной форме за один месяц;
- б) письменной форме не позднее чем за два месяца;
- в) письменной форме не позднее чем за один месяц;
- г) все ответы неверны.

3. Заработная плата – это:

- а) повременная заработная плата, зависящая от количества отработанного времени;
- б) оплата либо за количество, либо за степень исполнения работы;
- в) смешанная форма оплаты труда, сочетающая повременную и сдельную;
- г) денежное вознаграждение, выплачиваемое организацией работнику за выполненную работу.

4. Должностной оклад – это:

- а) выплата, носящая компенсационный характер;
- б) выплата за ненормированный рабочий день;
- в) месячный размер оплаты труда, зависящий от занимаемой должности и требований к квалификации;
- г) выплаты, носящие регулярный характер, связанные с результатами труда работника.

5. В коммерческих организациях здравоохранения системы оплаты труда:

- а) выбираются организацией самостоятельно;
- б) определяются Минздравом России;
- в) определяются распоряжениями органов исполнительной власти субъектов РФ;
- г) выбираются работниками.

6. Затраты труда медицинского работника в терапии измеряются:

- а) количеством созданного продукта в единицу времени;
- б) отработанным временем;
- в) количеством записавшихся на прием пациентов;
- г) количеством пролеченных пациентов.

7. многофакторная система оценки работ медицинского персонала сочетает в себе:

- а) повременную форму оплаты труда;
- б) оценку качества и нормирования труда;
- в) способы профессионального отбора медицинских работников;
- г) все ответы верны.

8. Доплата – это:

- а) выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер, за дополнительные трудозатраты работника;
- б) стимулирующая выплата, носящая постоянный или временный характер, за ненормированный рабочий день, стаж работы и т.д.;
- в) стимулирующая выплата, носящая как регулярный, так и разовый характер, связанная с результатами труда работника;
- г) все ответы неверны.

Тема 10. Планирование деятельности организации здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Характеристика частной системы здравоохранения РФ

2. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе
3. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Характеристика частной системы здравоохранения РФ
2. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе
3. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Каковы основные характерные черты частной системы здравоохранения?
2. В каких формах развивается государственно-частное взаимодействие?
3. Что понимается под термином «государственно-частное партнерство»?
4. Какие основные положения необходимо отразить в организационном плане в условиях бизнес-планирования инновационной деятельности учреждения здравоохранения?
5. какие основные особенности можно выделить при характеристике каждой из существующих систем здравоохранения?

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

Создайте раздел бизнес-плана «Оценка рисков» для частнопрактикующего семейного врача. Опишите возможные финансово-экономические, технические и социальные риски в его деятельности и пути их преодоления.

Задание 2.

Для создания бизнес-плана по созданию коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице команда отдела маркетинга данной медицинской организации решила применить метод «мозгового штурма». Составьте гипотетический бизнес-план. Для этого продумайте содержание следующих разделов бизнес-плана путем ответов на некоторые вопросы.

Раздел первый. Резюме.

1. каковы цель и задачи (социальные и коммерческие) создания коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице?

Раздел второй. Характеристика медицинских и сервисных услуг.

1. Какие медицинские и сервисные услуги будут предложены на платной основе?

Раздел третий. Анализ положения дел в отрасли.

1. Какие нормативные правовые акты, налогообложение и другие факторы внешней среды влияют на результаты деятельности данного медицинского учреждения?

Раздел четвертый. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

1. каков прогноз объема реализации платных медицинских услуг с учетом конкуренции?

Раздел пятый. План реализации платных и сервисных медицинских услуг.

1. Какова потребность медицинских организаций в помещении, оборудовании, медикаментах, материалах и каковы требования к трудовым ресурсам?

Раздел шестой. План маркетинга.

1. Каков прогноз цен и услуг конкурентов при сравнительном анализе цен и услуг данного отделения?

Раздел седьмой. Управление и права собственности.

1. Какова организационная структура управления, распределение обязанностей по управлению деятельностью данного отделения?

2. Кому принадлежит данное отделение городской больницы?

3. Возникают ли арендные отношения?

Раздел восьмой. финансовый план.

1. Нужны ли заемные средства для реализации данного проекта?

2. Данное отделение обеспечит результатами своей деятельности самоокупаемость или будет приносить прибыль городской больнице?

Раздел девятый. Оценка и страхование рисков.

1. Каковы финансово-экономические, технические и социальные риски?

По каждому вопросу нужно дать предположительный ответ.

Задание 3.

Инновационный бизнес - план нацелен на создание «Дома сестринского ухода», предполагающего медицинские и сервисные услуги, новую систему организации сестринского ухода за больными пожилого возраста и гарантирующего надлежащее качество медицинских услуг, соответствующее стандартам медицинской помощи по конкретным нозологическим формам. «Дом сестринского ухода» представляет собой автономную некоммерческую организацию. Этот организационно-правовой статус позволяет ему действовать автономно, на основе договоров. Здание будущего «Дома сестринского ухода» находится в удовлетворительном состоянии, располагается в центре города с удобными подъездными транспортными маршрутами. Имеет большую прилегающую территорию, достаточную для парковки автомобилей и другого транспорта. Перестройка здания возможна и не будет представлять больших трудностей.

В радиусе 50 км. от города находится два лечебных учреждения, одно из которых, а именно ЛДЦ «Ваш доктор», могло бы в будущем составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Однако климатические условия региона затрудняют передвижение населения по территории больше часть года, в связи с чем можно предположить, что по этой причине конкуренция будет слабой. В самом городе имеются лечебные учреждения, которые не могут составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Компания «Лекарь», включающая в свою структуру больницу, в ближайшие три года будет испытывать значительные трудности с персоналом. Также она не может в настоящее время покрывать расходы на свое содержание, так как потребность района составляет 150 коек, а больница

располагает 400 койками. Это создает для нее финансовую неустойчивость и ослабляет как конкурента.

Вопросы и задания:

1. Каковы конкурентные преимущества создаваемого «Дома сестринского ухода» в аспекте специализации деятельности и системы организации ухода за больными и престарелыми людьми и другие преимущества?
2. Составьте таблицу «Общая характеристика конкурентов». Ответьте на вопрос: кто-нибудь из конкурентов предлагает сестринские медицинские услуги по уходу за пожилыми людьми в данном регионе?
3. Какой социальный эффект достигается в регионе благодаря созданию «Дома сестринского ухода»?

Перечень тем рефератов:

1. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении.
2. Финансовая среда здравоохранения.
3. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению.
4. Механизмы ценообразования на фармацевтическом рынке России.
5. Экономические особенности цены медицинской услуги.

Фонд тестовых заданий по теме № 10:

1. Отдел маркетинга санатория должен объединять действия в области:

- а) сбыта
- б) рекламы
- в) цен и качества медицинских и сервисных услуг
- г) все ответы верны.

2. SWOT- анализ включает:

- а) анализ слабых сторон данной организации
- б) оценку сильных сторон организации, оценку слабых сторон организации, возможности и угрозы в деятельности организации
- в) вероятности появления новых медицинских услуг
- г) альтернативные стратегии

3. Организационный план не содержит сведения:

- а) о форме собственности
- б) о партнерах по бизнесу
- в) об аккредитации медицинской организации
- г) о применяемой методике ценообразования в области медицинских и сервисных услуг

4. Самоанализ медицинской организации проводится на основе:

- а) сбора информации о финансах, материально-технической базе подразделений
- б) оценки кадрового состава по уровню квалификации, возрасту, стажу
- в) изучение спроса населения на предлагаемой в бизнес-плане медицинские услуги
- г) все ответы верны

5. Мера по снижению производственных рисков в медицинской организации не является:

- а) действенный контроль над ходом лечебного процесса
- б) отношения региональной власти к развитию бизнеса
- в) применение импортозамещающих комплектующих и товаров медицинского назначения
- г) дублирования поставщиков

6. К основным механизмам государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения относятся:

- а) концессия: участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- б) сделки по привлечению инвестиции в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности
- в) создание некоммерческих организаций
- г) лизинг, франшиза, аутсорсинг.

7. Финансовый план как раздел бизнес-плана организации здравоохранения не включает:

- а) сведения о партнерах по бизнесу
- б) расчет порога безубыточности
- в) объемы реализации медицинских услуг в денежном выражении
- г) баланс доходов и расходов.

8. Вставьте недостающий термин: «Государственно-частное партнерство является одним из способов государственных функций»:

- а) аутсорсинга;
- б) лизинга;
- в) франшизы;
- г) использования.

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к экзамену

Вопросы для промежуточной аттестации студента	Проверяемые компетенции
1. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы 2. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении 3. Роль экономических методов управления на уровне муниципального здравоохранения и отдельных ЛПУ 4. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений. 5. Механизм финансового менеджмента 6. Роль финансового менеджмента 7. Балансовый метод оценки активов 8. Деловая активность организации. 9. Состав и структура оборотного капитала 10. Управление внеоборотными активами	ОПК-6, ПК-4, ПК-10.

<p>11. Управление заемным капиталом</p> <p>12. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения и медицинских организаций</p> <p>13. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора</p> <p>14. Экономическая сущность и основные принципы управления капиталом</p> <p>15. Управление собственным капиталом</p> <p>16. Информационно-коммуникационное обеспечение управления организациями</p> <p>17. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении</p> <p>18. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций</p> <p>19. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения</p> <p>20. Количественный и качественный анализ при принятии управленческих решений</p> <p>21. Сравнительная характеристика бухгалтерского и управленческого учета</p> <p>22. Процессы управленческого учета: бюджетирования, определение точки безубыточности, процессный расчет затрат</p> <p>23. Предмет, цели и задачи экономического анализа.</p> <p>24. Виды экономического анализа</p> <p>25. Источники информации для анализа деятельности бюджетного учреждения здравоохранения</p> <p>26. Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения</p> <p>27. Диагностика финансового состояния и финансовой эффективности медицинской организации</p> <p>28. Процесс и результат финансового анализа медицинской организации</p> <p>29. Экономическая модель управления организацией</p> <p>30. Финансовая модель управления организацией</p> <p>31. Организационно-управленческая модель управления организацией</p> <p>32. Рынок труда и заработная плата.</p> <p>33. Формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения</p> <p>34. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников</p> <p>35. Понятие эффективного контракта.</p> <p>36. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения</p> <p>37. Характеристика частной системы здравоохранения РФ</p> <p>38. Бизнес-планирование деятельности организации здравоохранения в частной системе</p> <p>39. Государственно-частное партнерство в здравоохранении</p>	
--	--

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценк а ECTS	Балл ы в БРС	Уровень сформиро- ванности компетент- ности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.</p>	А	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.</p>	В	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4(хорошо)

<p>прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>	D	85-81	СРЕДНИЙ	4(хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>	E	80-76	СРЕДНИЙ	4(хорошо)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется</p>	F	75-71	НИЗКИЙ	3(удовлетво- рительно)

исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями				
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	G	70-66	НИЗКИЙ	3(удовлетворительно)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	H	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3(удовлетворительно)
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент	I	60-0	НЕ СФОРМИРОВАН	2

<p>не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы</p>				
---	--	--	--	--

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ-
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО НАПИСАНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Организация и управление здравоохранением»

(направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»)

Пятигорск, 2020

I. Общие положения

I.I. Цели и задачи контрольной работы

Целью выполнения контрольной работы является углубление и закрепление теоретических и практических навыков используемых для решения конкретных практических задач по дисциплине «Организация и управление в здравоохранении».

Задачами выполнения контрольной работы является изучение теоретического и практического материала по организации и управлению в ЗО, его нормативная база, а также изучение основных методологических подходов к основным функциям управления в ЗО в современных условиях. Таким образом, контрольная работа представлена в форме теоретических вопросов, тестов и практических задач.

I.II. Порядок и сроки выполнения контрольной работы.

Задания по контрольной работе выдаются в сроки, установленные учебным планом. Работа выполняется студентом в течение учебного семестра, в соответствии с календарным графиком.

Процесс выполнения контрольной работы включает следующие этапы:

- подбор и изучение литературы по теме;
- написание контрольной работы;

II. Структура и содержание работы

Требования к содержанию контрольной работы

Выполнение контрольной работы направлено на закрепление практических навыков по формированию информации в сфере государственного регулирования предпринимательской деятельности в здравоохранении.

Контрольная работа представлена в форме ряда практических заданий для решения которых необходимы теоретические знания, полученные при изучении дисциплины.

Контрольная работа - это письменная работа, которая является обязательной составной частью учебного плана основной образовательной программы высшего образования. Контрольная работа – письменная работа, предполагающая проверку знаний заданного к изучению материала и навыков его практического применения.

Написание контрольной работы практикуется в учебном процессе в целях приобретения студентом необходимой профессиональной подготовки, развития умения и навыков самостоятельного научного поиска: изучения литературы по выбранной теме, анализа различных источников и точек зрения, обобщения материала, выделения главного, формулирования выводов и т.п. С помощью контрольной работы студент постигает наиболее сложные проблемы курса, учится лаконично излагать свои мысли, правильно оформлять работу.

III. Требования к оформлению контрольной работы

Размер полей установлен следующий: левое – 30 мм, правое – 20 мм, верхнее и нижнее – 20-25 мм. Для титульного листа размер левого и правого поля

составляет 15 мм, а верхнего и нижнего – 20 мм. Нумерация страниц производится арабскими цифрами, и должна быть сквозной по всей работе. Отсчет номеров страниц начинается с титульного листа, однако цифры не проставляются на титульном листе и на листе с содержанием. Текст выполняется шрифтом размером 12 или 14 TimesNewRomans с одинарным или полуторным межстрочным интервалом. Раздел (главу) начинают на новой странице и верхнее поле в этом случае составляет 60 мм.

Рекомендуется оформлять контрольную работу объемом до 10 листов.

Титульный лист оформляется по установленному образцу. На титульном листе ставится дата сдачи – регистрации контрольной работы в деканате, дата проверки контрольной работы преподавателем, результат проверки контрольной работы «зачтено», «незачтено».

III.1 Правила оформления таблиц

Таблицы применяют для большей наглядности результатов расчета, анализа и удобства сравнения различных показателей. Таблица представляет собой способ подачи информации в виде перечня сведений, числовых данных, приведенных в определенную систему и разнесенных по графам (колонкам).

Таблицы должны иметь названия и порядковую нумерацию. Название таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название следует помещать над таблицей. Таблицы основной части текста нумеруются арабскими цифрами сквозной нумерацией. (*Пример:* Таблица 1 - Характеристика основных видов выпускаемой продукции). Слова в названии таблицы, в заголовках граф переносить и сокращать нельзя. Таблица не нумеруется, если в тексте она одна. В конце заголовка точку не ставят, заголовок не подчеркивают.

При переносе таблицы на следующую страницу пронумеровывают ее графы и повторяют их нумерацию на следующей странице; заголовок таблицы не воспроизводят, но над ней помещают выделенные курсивом слова «Окончание таблицы 1» или «Продолжение таблицы 1». В таблицах допускается применение 12 размера шрифта.

В каждой таблице следует указывать единицы измерения показателей и период времени, к которому относятся данные. Если единица измерения в таблице является общей для всех числовых табличных данных, то её приводят в заголовке таблицы после её названия.

При использовании в работе материалов, заимствованных из литературных источников, цитировании различных авторов, необходимо делать соответствующие ссылки, а в конце работы помещать список использованной литературы. Не только цитаты, но и произвольное изложение заимствованных из литературы принципиальных положений, включаются в работу со ссылкой на источник. Ниже таблицы указывается источник, из которого приведены данные. Если таблица является самостоятельной разработкой, то указывается, по каким источникам она составлена. Таблицу, в зависимости от ее размера, помещают под текстом, в

котором впервые дана ссылка на нее, или на следующей странице, а при необходимости, в приложении к документу.

Таблица 1 – Структура налоговых доходов бюджетов муниципальных образований в субъектах Федерации, полностью сформировавших бюджеты поселений в 2011-2012 гг.

III.II Правила оформления графического материала

К графическому материалу относят диаграммы, графики, схемы, рисунки, фотографии. Использование продуманных и тщательно подобранных иллюстраций там, где они возможны и нелишни, способно украсить любую студенческую письменную работу. Следует соблюдать соответствие графического материала тексту работы. Разрешается выполнять иллюстрации в любых цветах на цветном принтере, обеспечивающем высокое качество печати.

Количество иллюстраций должно быть достаточным для пояснения излагаемого текста. Иллюстрации могут быть расположены как по тексту документа (возможно ближе к соответствующим частям текста), так и в конце его. Иллюстрации, за исключением иллюстраций приложений, следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рисунок 1».

Допускается нумерация графического материала в пределах раздела. В этом случае номер рисунка состоит из номера раздела и порядкового номера рисунка, которые разделяют точкой.

Рисунок 1.1, Рисунок 1.2 и т. д.

Графический материал каждого приложения нумеруют арабскими цифрами отдельной нумерацией, добавляя перед каждым номером обозначение данного приложения и разделяя их точкой.

Рисунок В.3

Слово «Рисунок» и его номер приводят под графическим материалом. Далее может быть приведено его тематическое наименование, отделенное тире.

Рисунок 1 –Схема предпринимательства в РФ

При необходимости под графическим материалом помещают также поясняющие данные. В этом случае слово «Рисунок» и наименование графического материала помещают после поясняющих данных.

С помощью диаграмм графически изображается зависимость между двумя величинами. Диаграммы используются для того, чтобы сделать такую зависимость более наглядной визуально и доступной для восприятия. По форме построения различают плоскостные, линейные и объемные диаграммы. Чаще всего в контрольных работах используются линейные диаграммы и плоскостные, из последних – столбиковые (ленточные) и секторные.

III.III Правила написания буквенных аббревиатур

В контрольной работе используются только общепринятые сокращения и аббревиатуры. В тексте работы могут быть использованы также вводимые автором буквенные аббревиатуры, сокращённо обозначающие какие-либо

понятия из соответствующих областей знания. При этом первое упоминание таких аббревиатур указывается в круглых скобках после полного наименования, в дальнейшем они употребляются в тексте без расшифровки.

III.IV Правила оформления приложений

В приложениях помещается материал, дополняющий контрольную работу и носящий вспомогательный характер. Приложениями могут быть, например, графический материал, таблицы большого формата, расчеты, описания алгоритмов и т.д. Приложение оформляют как продолжение данного документа на последующих его листах или выпускают в виде самостоятельного документа. В тексте документа на все приложения должны быть даны ссылки.

Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его обозначения. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с первой прописной буквы отдельной строкой и выделяют полужирным шрифтом.

Приложения оформляются на отдельных листах, причем каждое из них должно иметь свой тематический заголовок и в правом верхнем углу страницы надпись «Приложение» с указанием его порядкового номера арабскими цифрами (например: Приложение 1, Приложение 2 и т.д.) Если в работе есть приложения, то на них дают ссылку в основном тексте работы.

Приложения, как правило, выполняют на листах формата А4. Допускается оформлять приложения на листах формата А3, А4×3, А4×4, А2 и А1 по ГОСТ 2.301.

III.V Правила оформления библиографического списка

Рекомендуется представлять единый список литературы к работе в целом. Список обязательно должен быть пронумерован. Каждый источник упоминается в списке один раз, вне зависимости от того, как часто на него делается ссылка в тексте работы.

Наиболее удобным является алфавитное расположение материала, так как в этом случае произведения собираются в авторских комплексах. Произведения одного автора расставляются в списке по алфавиту заглавий или по мере издания.

III.VI Правила оформления ссылок на использованные литературные источники

Цитаты (выдержки) из источников и литературы используются в тех случаях, когда свою мысль хотят подтвердить точной выдержкой по определенному вопросу. Цитаты воспроизводятся в тексте контрольной работы с соблюдением всех правил цитирования (соразмерная кратность цитаты, точность цитирования). Цитированная информация заключаются в кавычки, и указывается номер страницы источника, из которого приводится цитата.

Если в цитату берется часть текста, т.е. не с начала фразы или с пропусками внутри цитируемой части, то место пропуска обозначается отточиями (три точки). В тексте необходимо указать источник приводимых цитат. Как

правило, ссылки на источник делаются под чертой, внизу страницы (сноска), нумерация ссылок является сквозной.

IV. Критерий оценки контрольной работы

Аттестация по контрольной работе производится в виде её защиты. Защита контрольной работы имеет целью проверить качество самостоятельной работы студента над темой и его способности к творческой деятельности. Защита контрольной работы состоит из доклада студента в течении 5-6 минут, и ответов на поставленные преподавателем вопросы. В процессе беседы со студентом выясняется его теоретическая подготовка по данной теме (вопросу), знание основной литературы, умение автора излагать и обосновывать результаты своего исследования. Решение об оценке контрольной работы принимается по результатам анализа предъявленной контрольной работы, доклада студента и его ответов на вопросы.

Студент, успешно защитивший контрольную работу, допускается к сдаче зачёта и (или) экзамена. Преподавателю предоставляется право принятия зачёта в виде контрольной работы на практическом занятии. К защите не допускаются работы полностью или в значительной части, выполненные не самостоятельно, т.е. путем механического переписывания первоисточников, учебников, другой литературы, работы, в которых выявлены существенные ошибки и недостатки, свидетельствующие о том, что основные вопросы темы не усвоены, а также контрольные работы с низким уровнем грамотности и несоблюдением правил оформления

Контрольная работа оценивается преподавателем отметками «зачтено» или «не зачтено». Критерии оценки знаний обучающихся:

Оценка «зачет» выставляется, если обучающийся знает программный материал, правильно, по существу и последовательно излагает содержание вопросов контрольной работы, в целом правильно выполнил практическое задание, владеет основными умениями и навыками, при ответе не допустил существенных ошибок и неточностей.

Оценка «не зачтено» выставляется, если обучающийся не знает основных положений программного материала, при раскрытии вопроса контрольной работы допускает существенные ошибки, не выполнил практические задания, не смог ответить на большинство дополнительных вопросов или отказался отвечать.

V. Выбор варианта для написания контрольной работы

Вариант контрольной работы определяется исходя из первой буквы фамилии студента. Таблица вариантов представлена ниже.

Вариант	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Буква фамилии	А,Б	В,Г	Д,Е	Ж,З	И,К	Л,М	Н,О	П,Р	С,Т

VI. Варианты контрольной работы

Вариант I.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Технологии обеспечения качества в медицине и стандартизация здравоохранения

2. История возникновения управленческой науки

Задание 1. Больной М. 45 лет, обратился в платную поликлинику, где был поставлен диагноз «аппендицит». Пациенту предложена госпитализация на штатных условиях в одну из клиник города, на которую он согласился. В клинике первоначальный диагноз был подтвержден. Больной заключил договор на операцию и лечение по поводу выявленного заболевания, также была внесена соответствующая лечению предварительная плата.

Ход операции на начальном этапе соответствовал исходному диагнозу, однако в конце операции после удаления аппендикса было выяснено, что изменения не соответствуют картине первоначального диагноза. Выполнена срединная лапаротомия, разрез расширен кверху. При ревизии брюшной полости обнаружена язва двенадцатиперстной кишки. Произведено ушивание прободной язвы. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан через 27 дней. После проведенного лечения больному было предложено доплатить за проведенную операцию и пребывание в стационаре.

Вопросы и задания

3. Исходя из изложенной ситуации, кто несет ответственность за диагностическую ошибку; на каких основаниях предложена доплата за лечение и кто обязан ее произвести?

Задание 2

Численность и структура медицинских кадров г. Москвы характеризуется следующими показателями.

На 1 января 2012 г, численность медицинских работников в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы составляла 169209 чел., из них:

- врачи, чел, 45558; .

- врачи участковые (терапевты, педиатры, врачи общей практики), чел.- 4979;

- средний медицинский персонал, чел, - 85542;

- средний медицинский персонал, работающий с врачами участковыми (терапевтами, педиатрами, врачами общей практики), чел, 4797.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:1,9.

Является ли оптимальным такое соотношение врачей и среднего медицинского персонала?

Тест:

1. Доходы в учреждениях здравоохранения России разрешены в следующих формах:

а) доходы от собственности но приносящей доходы деятельности;

б) доходы от рыночных продаж товаров и услуг;

в) доходы в виде безвозмездных поступлений от приносящей доходы деятельности других организаций;

г) все ответы верны.

2. Какой основополагающий документ в законодательстве РФ содержит

следующее положение: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»:

- а) Федеральный закон от № 323-ФЗ;
- б) Федеральный закон № 83-ФЗ;
- в) статья 41 Конституции РФ;
- г) Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»?

3. Какой из перечисленных действующих нормативных правовых документов наиболее полно регулирует вопросы предоставления платных медицинских услуг населению в Российской Федерации:

- а) постановление Правительства РФ №27 от 13.01.1996 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- б) приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 06.08.1996 № 312 « Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования»;
- в) приказ Минздрава России от 18.03.2002 №85 «О работах и услугах, оказываемых учреждениями Госсанэпидслужбы России по договорам с гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами»;
- г) постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг»;

4. Вставьте недостающее, наиболее полное, понятие в определение: «На основе... возможна передача некоторых функций учреждений здравоохранения как хозяйствующих субъектов сторонним организациям»:

- а) аутсорсинга;
- б) медицинского клининга;
- в) информационных технологии;
- г) бухгалтерского учета,

5. В соответствии с правилами оказания платных медицинских услуг в случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор:

- а) расторгается;
- б) сохраняется;
- и) требует судебного разбирательства;
- г) пролонгируется.

6. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг и расторжения договора:

- а) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю все запланированные исполнением расходы;

- б) потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы;
- в) потребитель (заказчик) свободен от финансовых обязательств;
- г) все ответы верны.

7. Бюджетному учреждению здравоохранения законодательно:

- а) разрешается реализовать имущество стоимостью свыше 100 тыс. руб. без согласования с учредителем;
- б) не разрешается заключать договор финансового лизинга;
- в) установлена возможность заключать договор финансового лизинга;
- г) разрешается открывать счета в банках.

8. Без согласия пациента (потребителя, заказчика) исполнитель (медицинская организация, врач) не вправе предоставлять:

- а) дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
- б) дополнительные медицинские услуги на безвозмездной основе;
- в) транспортные услуги;
- г) все ответы неверны.

Вариант II.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Концептуальный аппарат управленческой науки
2. Отношения собственности и организационно-правовые фонды деятельности в здравоохранении.

Задание 1. В учреждении здравоохранения поставлена задача модернизации основных фондов. Решение данной задачи связано с подготовкой помещений медицинского учреждения, переоснащением подразделений новой медицинской техникой, переобучением имеющегося кадрового состава, приглашением к работе новых специалистов, мотивацией персонала, информационным обеспечением организации.

Вопросы и задания

5. Что из перечисленных управленческих действий в большей степени является стратегией, а что тактикой?
6. Какие теоретические знания менеджмента вам понадобятся для решения данной практической ситуации?

Задание 2

На выполнение Программы по развитию кадров медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы на 2012 - 2017гг. запланирован общий объем финансирования (из бюджета г. Москвы) - 16 491326,50 тыс. руб., в том числе по годам:

Годы	2013	2014	2015	2016	2017
Объем финансирования, тыс. руб.	3030038,6	3186930,9	3302 648,0	3445046,8	3526602,2

Тест:

1. Отличительное свойство гражданского общества с точки зрения управления это:

- а) подчиненность государству;

- б) самоорганизация;
- в) подчиненность обычаям;
- г) раздробленность.

2. Дополните определение понятия государства «государство - это институты, законы, территория, население...»:

- а) представители администрации;
- б) язык;
- в) Конституция;
- г) глава государства;

3. Каковы две главные функции управления государством:

- а) идеологии и экономика;
- б) право на легитимное насилие и публично-правовое согласование интересов представителей гражданского общества;
- в) внутренняя и внешняя политика
- г) социальная политика и производство

4. Каковы последствия неуправляемости государством:

- а) неповиновение руководству;
- б) распил института семьи;
- в) коррупция и присвоение чужой собственности;
- г) война всех против всех?

5. Политика это:

- а) управление, включающее регулирование интересов граждан, организаций, партий, социальных слоев, наций, межгосударственных отношений;
- б) искусство возможного;
- в) рискованная деятельность в условиях с неопределенным результатом;
- г) совокупность средств и методов, направленных на достижение поставленной цели.

6. Право это:

- а) свобода, определенная законом;
- б) справедливость, определенная законом;
- в) совокупность общеобязательных социальных норм, устанавливаемых и охраняемых государством;
- г) наука, изучающая социальные нормы и правила,

7. Гражданское общество - это:

- а) совокупность свободных и равных граждан в рамках государства;
- б) союз независимых от государства граждан и организации, активно сотрудничающих с государством;
- в) сфера частных, экономических, материальных интересов и целей частных граждан общества
- г) социальное пространство, в котором люди связаны и взаимодействуют между собой, будучи независимыми как друг от друга, так и от государства индивидами.

8. Медицинские учреждения выступают как субъекты:

- а) конституционного права:

- б) гражданского права;
- в) уголовного права;
- г) все ответы верны.

Вариант III.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика
2. Дополнительные источники финансирования медицинских услуг.

Задание 1.

Распределите альтернативные источники финансирования учреждения здравоохранения на внутренние и внешние:

- средства добровольного медицинского страхования;
- благотворительные средства;
- доходы от платных медицинских услуг на основе прямых договоров с гражданами сверх программы госгарантий;
- кредиты банков (для автономных учреждений);
- эффективное использование имеющихся финансовых средств;
- доходы от аренды;
- продажа технологий лечения, научно-методической медицинской информации;
- накопления на депозитных счетах в банках;
- накопление фонда амортизации.

Задание 2

По словам главы Минздрава России В. И. Скворцовой, из профессии ежегодно уходят 50 тыс. врачей, из них 15 тыс. находят другую работу, «остальные либо умирают на работе, либо уходят на пенсию». Дефицит кадров составляет порядка 40 тыс. специалистов. Что вы можете предложить, для исправления данной ситуации?

Тест:

1. Дополните определение «....- это комплексное решение проблем, связанных с формированием подразделений организации, учетом, контролем, бизнес планированием;

- а) стратегия;
- б) прибыль
- в) связь с общественностью
- г) работа с персоналом

2. Социология - это наука:

- а) о социальных отношениях между людьми в гражданском обществе, осуществляющихся в статусно-ролевых позициях;
- б) об обществе;
- в) о социальном поведении людей;
- г) об изучении общественного мнения.

3. Менеджмент как цикл управления делится:

- а) на независимые части;

- б) на части, каждая из которых содержит все остальные;
- в) на организационные части;
- г) все ответы неверны,

4. Политическая культура - это:

- а) специфические познавательные и поведенческие ценности в политике, эффективные на практике и согласующиеся со стандартами нравственности;
- б) личное духовное богатство индивида;
- в) плюрализм творческих установок и форм самовыражения отдельных организаций, направленных на воспроизводство и обновление своего существования;
- г) набор психологических установок отдельных лиц и организаций в политической сфере.

5. Лидер - это

- а) руководитель, осуществляющий представительские функции управления;
- б) руководитель, навязывающий свою волю подчиненным и преследующий при этом собственные цели, отличные от целей организации;
- в) руководитель, координирующий, организующий, контролирующий и мотивирующий своих подчиненных в соответствии с целью организации;
- г) первый среди равных.

6. Власть - это:

- а) мотивация (экономический ресурс);
- б) принуждение (административный ресурс);
- в) совокупность управленческих структур (институциональный ресурс);
- г) убеждение (информационно-коммуникационный ресурс).

7. Менеджмент – это:

- а) наука и идеология;
- б) функции, методы, принципы и приемы успешного руководства коммерческими и некоммерческими организациями;
- в) социальный слой и его культура;
- г) социальный институт как организационная единица.

8. Политическая установка прежде всего должна быть:

- а) выражена с помощью абстрактных определений науки;
- б) представлена в виде социального действия;
- в) институционализована;
- г) проявлена в художественных образах средствами искусства и массовой культуры.

Вариант IV.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
2. Ограничения и особенности рыночных отношений в здравоохранении.

3. Состав и содержание противоречий экономических отношений здравоохранения.

Задание 1.

Американская фирма BurgerKing, работающая в сфере общественного питания, построила (как и многие другие высокодоходные организации фастфуда) свою ценовую политику на корпоративной идее организации или обед за 10 долл, с бифштексом, или фирменный сэндвич за 1,5 долл.

В чем, на ваш взгляд, финансовая суть стратегического планирования деятельности организации такого рода, направленная на обслуживание общественных потребностей населения?

Задание 2.

Исходные данные:

При определении ФОТ в медицинских учреждениях систем государственного и муниципального здравоохранения применяется один из двух вариантов расчета:

1) $\text{ФОТ} = \text{Годовой ФЗП в соответствии с утвержденным штатным расписанием} + \text{Выплаты компенсационного характера} + \text{Выплаты стимулирующего характера}$;

2) $\text{ФОТ} = \text{Заработная плата основного персонала} \times (1 + \text{коэффициент доплат})$.

Напоминаем, что доплата – это выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер за дополнительные трудозатраты работника. Выплаты стимулирующего характера возможны, если есть доходы от оказания платных медицинских услуг.

Предположим, в поликлинике N применяется второй способ расчета годового ФОТ. Базовый ФОТ медицинских работников подразделения поликлиники составил 6 млн. руб. в год. В отделении работает 10 медицинских сотрудников и реализуется в месяц 300 платных посещений и 5500 посещений по обязательному медицинскому страхованию. Коэффициент доплат составляет 0,2. Для нахождения значения статьи расходов «Оплата труда» в расчете на одно посещение можно использовать следующую формулу:

$\text{Оплата труда на одно посещение} = \text{ФОТ} / \text{Количество посещений}$

Вопросы и задания

1. Рассчитайте среднюю величину оплаты труда, приходящуюся на одну платную медицинскую услугу, если в расчет тарифа включается средняя величина заработной платы сотрудника, получаемая им по основной ставке с учетом доплат компенсационного характера.

2. Какую величину оплаты труда в среднем дополнительно получает каждый сотрудник в месяц в качестве выплат стимулирующего характера за счет платных медицинских услуг.

3. Оцените интенсивность труда медицинских работников данного подразделения и ответьте на вопрос: могут ли они увеличить прием платных пациентов.

Тест:

1. Бюджетная модель финансирования здравоохранения:

- а) основывается на сборе налогов, па которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется объем расходов на здравоохранение;
- б) основывается преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование;
- в) основывается на субвенции Территориальному фонду обязательного медицинского страхования;
- г) все ответы верны.

2. Источниками финансирования учреждений здравоохранения в условиях одноканального финансирования системы обязательного медицинского страхования должны является:

- а) бюджеты разных уровней;
- б) средства медицинского страхования;
- в) доходы от платных медицинских и сервисных услуг населению;
- г) все ранее перечисленное.

3. Общественная результативность здравоохранения не должна оцениваться:

- а) по величине полученных доходов от медицинской деятельности;
- б) по степени защищенности населения в области охраны здоровья;
- в) по степени реализации прав пациентов;
- г) по увеличению продолжительности жизни, увеличению рождаемости, снижению заболеваемости населения.

4. При определении преимущественных видов медицинской деятельности и объемов необходимых средств должны быть решены несколько групп вопросов:

- а) вопросы соотношения полученного результата и вложенных средств;
- б) вопросы справедливого использования общественных ресурсов, выделяемых на здравоохранение;
- в) вопросы ценностей общества в сфере медицинской помощи;
- г) все ответы верны,

5. На сегодняшний день состояние кадровых ресурсов характеризуется.

- а) дефицитом медицинских работ икон;
- б) чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных юродах;
- я) дефицитным соотношением численности младшего и среднего медицинского персонала к общей численности врачей;
- г) вес ответы верны.

6. Вставьте пропущенный термин в определение: «Цена экономического выбора, или вмененные издержки, есть цена жизненных благ или доходов, которых мы лишаемся, когда выбираем иной вариант действий. В здравоохранении это экономическое понятие проявляется при определении..., возникающего вследствие роста заболеваемости населения»:

- а) объема финансовых средств;

- б) экономического ущерба;
- в) объема материальных ресурсов.
- г) все ответы неверны,

7. Стремиться к удешевлению оборотных фондов, элементом которых являются лекарственные препараты, применяемые в учреждении здравоохранения, порой невыгодно:

- а) так как применение дешевых лекарственных препаратов зачастую не приносит экономическую выгоду обществу в целом;
- б) поскольку дешевые лекарственные препараты, входящие элементом в оборотные фонды учреждения здравоохранения, могут обладать незначительным медицинским эффектом;
- в) так как неэффективное дешевое лекарство ведет к увеличению сроков лечения и, как следствие, к удорожанию лечебного процесса, что в медицине означает дешево - не значит экономно;
- г) все ответы верны,

8. Эффективность системы здравоохранения зависит:

- а) от качества исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками, определяемого их знаниями и мотивацией к работе;
- б) от уровня заработной платы врачей;
- в) от уровня заработной платы медицинских сестер;
- г) от объемов финансирования здравоохранения государством.

Вариант V.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Характеристика квазирыночных отношений в здравоохранении.
2. Функции государства в регулировании рыночных отношений в здравоохранении.
3. Финансовая среда здравоохранения.

Задание 1.

Исходные данные: руководство Департамента здравоохранения города против развития платной медицинской деятельности в медицинских учреждениях, находящихся в его ведении,

Вопросы и задания

7. На основе каких Федеральных законов РФ (или других нормативных правовых документов) Департамент здравоохранения может запретить платную медицинскую деятельность в учреждениях здравоохранения города и в каких случаях?
8. Какие социально-политические задачи должен решать Департамент здравоохранения?
9. Какие методы контроля над платной медицинской деятельностью могут применять органы исполнительной власти в условиях коммерциализации здравоохранения?

Задание 2

Исходные данные

Руководством Медицинского университета принято решение оборудовать телестудию для применения телемедицины в лечебно-диагностическом процессе и оказывать консультативную помощь на коммерческой основе другим организациям здравоохранения. Исходные данные на содержание телестудии представлены в табл. 3.1

Таблица 3.1

Затраты на содержание телестудии (в расчете на одну ставку сотрудника)

Наименование затрат (в среднем) в гид	Величина затрат в год
Фонд оплаты труда (ФОТ) персонала	123 831 руб.
Начисления на оплату труда	30% от ФОТ
Медикаменты	-
Предметы медицинского назначения	-
Амортизации оборудования	18000 руб.
Услуги связи	770 руб.
Коммунальные платежи	8160 руб.
Текущий ремонт зданий	1781 руб.
Трансферты (на книги и т.п.)	1068 руб.
Общехозяйственные расходы	1232 руб.
Прочие расходы (канцтовары, обслуживание оргтехники, методические материалы)	6082 руб.
Содержание административно-хозяйственной части (ЛХЧ)	22020 руб.

Общее количество медицинских услуг 600 консультации (и год).

Вопросы и задания

1. Найдите себестоимость содержания телестудии в расчете на одну медицинскую услугу (в год).

8. Консультацию проводят два доктора медицинских наук, профессора. Рассчитайте затраты на оплату труда двух консультантов в расчете на одну медицинскую услугу данных специалистов, если затраты на оплату одной консультации одного профессора составляют 3500 руб., с учетом обязательных платежей в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, в общей сумме равных 30% от затрат на оплату одной консультации.

9. Определите цену одной услуги телемедицины с учетом оплаты труда консультантов (с начислениями).

10. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины.

11. Рассчитайте доход за год в виде перечислений финансовых средств от регионов, организации здравоохранения которых получали консультации специалистов с помощью телемедицины,

12. Исходя из ранее проведенных расчетов, получает ли телестудия прибыль? Есть ли выгода в работе для консультанта и телестудии?

Тест:

1. Главное отличие западной традиции менеджмента - это:

- а) оптимизация локальном коммерческой прибыли;
- б) функциональная модель управления;
- в) дивизиональная модель управления;
- г) управление с помощью Совета директоров.

2. Закончите правильно высказывание: «В менеджменте, прежде чем организовывать дело, решите, насколько ваша организация...»:

- а) престижна;
- б) богата;
- в) управляема;
- г) доступна.

3. Главное из перечисленного: «Управление это...»:

- а) сила;
- б) знание;
- в) территория;
- г) богатство.

4. Функциональное управление определяется:

- а) функциями персонала;
- б) функциями руководства;
- в) узкой специализацией по родам деятельности;
- г) преобладанием формальных методов при разработке функций руководства.

5. В определении выбора цели в процессе управления: «выбор цели это разработка обеспечивающих планов, указаний по принятию решений и действий (таких как политика, стратегии, процедуры, правила, бюджеты)» пропущено:

- а) указание вышестоящей организации;
- б) опрос населения;
- в) определение ресурсов организации;
- г) определение миссии и задач (долгосрочных, среднесрочных, краткосрочных).

6. Согласно японской традиции менеджмента, если что-то не работает, то надо:

- а) подать иск в суд;
- б) пожаловаться в фирму;
- в) снова прочесть инструкцию;
- г) доработать изделие,

7. Договор о намерениях это:

- а) учредительный документ;
- б) заявление в государственную структуру;
- в) уведомление персоналу;
- г) предварительный договор, в котором зафиксированы обоюдные желания и намерения сторон сотрудничать на договорной основе, не

налагающий финансовые и юридические обязательства, но вызывающий взаимное доверие.

8. В менеджменте прибыль это:

- а) внутренняя проблема организации;
- б) государственная проблема;
- в) производственная проблема;
- г) финансовая проблема.

Вариант VI.

Раскрыть теоретические вопросы:

- 1. Бухгалтерский учет, как информационная система
- 2. Измерители, применяемые в бухгалтерском учете
- 3. Задачи бухгалтерского учета и предъявляемые к нему требования на современном этапе.
- 4. Цели и концепции финансового учета
- 5. Принципы финансового учета
- 6. Взаимосвязь финансового и управленческого учета

Задание 1

Исходные данные

Предположим, что на реализацию территориальной программы ОМС в субъекте РФ поступило 490,1 млн. руб., па них 795 млн. руб. на неработающее население. Данная сумма предусматривала покрытие всех расходов медицинских учреждений по всем статьям экономической классификации. В субъекте РФ проживало 1308,7 тыс. чел., на них 530.9 тыс. чел. – неработающие. Территориальная программа ОМС является частью территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ), для выполнения ТПГГ из регионального бюджета дополнительно поступило 2104,7 млн. руб., из муниципального бюджета еще 1237,4 млн. руб. (на ОМС неработающего населения).

Примечание

1. Количество субъектов РФ в зависимости от размера подушевого норматива ПГГ в 2007 г. (источник Минздрав России, 2009) указано в таблице 2, ниже.

подушевой норматив, руб./год	Количество субъектов РФ
От 1723,5 до 3000	9
От 3001 до 6000	59
От 6001 до 22377,1	19
Средневзвешенный показатель - 5150,4 руб.	Россия

2. Порядок расчета страхового взноса на ОМС неработающего населения;

$$СВ_{омс} = УТ_{СВомс} \times КД \times КУС_{м,у}$$

где $УТ_{СВомс}$ - утвержденный тариф страхового взноса ОМС неработающего населения, который составляет 18864,6 руб.;

$КД$ – коэффициент дифференциации для субъектов РФ;

КУС – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг

3. Дополнительная информация для сравнения результатов расчетов:

- с 2012 г, для упорядочения поступления финансовых средств для всех регионов страны определена единая ставка страховых взносов на ОМС неработающего населения;

– **субвенции ФФОМС** на одно застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили **8260,7 руб.;**

– в расчете на одного жителя (бюджет субъекта РФ в среднем) в 2015 г. 3338,4 руб.

Вопросы и задания

1. Какова величина страховых взносов на одного застрахованного работающего гражданина и одного застрахованного неработающего гражданина до поступления средств из региональной и муниципального бюджетов и после?

2. Сравните величину страховых взносов на работающего и неработающего гражданина в данном субъекте РФ. Должны ли эти величины быть равны?

3. Есть ли дефицит финансирования территориальной ППГ в данном субъекте РФ за счет средств ОМС, если субвенции ФФОМС на одного застрахованное лицо (ОМС) в 2015 г. составили 8260,7 руб.?

Задание 2

Организация здравоохранения приняла решение о расширении платной медицинской деятельности и установлении средней цены на платные медицинские услуги в размере 300 руб. Определите рентабельность предоставления медицинской услуги по цене 300 руб., если совокупные затраты при оказании данной медицинской услуги составляют 200 руб., а налог на прибыль составляет 0%.

Примечание: эффективность использования финансовых ресурсов бюджетной организации здравоохранения может быть измерена с помощью расчета рентабельности платной медицинской деятельности по формуле:

Рентабельность = (Чистая прибыль: Затраты) x 100%.

Рентабельность - это относительное выражение прибыли.

Чистая прибыль - это прибыль после уплаты налогов организацией здравоохранения, ведущей платную медицинскую деятельность.

Тест:

1. В основе ABC - метода лежит группировка затрат:

- а) по видам продукции и услуг;
- б) по функциям производства, видам работ и услуг;
- в) по центрам ответственности;
- г) все ответы верны.

2. Бюджетирование возможно:

- а) только в коммерческих организациях;
- б) только в бюджетных учреждениях;

3. В основе бухгалтерского учета положен принцип:

- а) денежного измерения;
- б) обязательного документирования;
- в) двусторонности, или двойной записи;
- г) все ответы верны.

4. Управленческий учет характеризуют следующие положения:

- а) задача управленческого учета - получить информацию о ходе производственного процесса в отдельной хозяйственной единице с целью принятия точных управленческих решений;
- б) организация управленческого учета не регламентируется государством;
- в) применение управленческого учета имеет добровольный характер;
- г) все ответы верны.

5. В бухгалтерском учете запись о поступлении средств принято называть:

- а) учетной;
- б) дебетовой;
- в) кредитовой;
- г) бухгалтерской,

6. В бухгалтерском учете запись о месте размещения средств называют:

- а) дебетовой;
- б) учетной;
- в) балансовой;
- г) финансовой.

7. Основное отличие бюджетирования от финансового планирования заключается:

- а) в составлении финансового плана;
- б) делегировании финансовой ответственности;
- в) составлении бюджетов;
- г) все ответы неверны,

8. Учетная политика учреждения здравоохранения должна быть утверждена:

- а) приказом или распоряжением руководителя государственного муниципального учреждения здравоохранения;
- б) приказом Минздрава России;
- в) постановлением Правительства РФ;
- г) распоряжением главного бухгалтера учреждения здравоохранения.

9. Золотым правилом бухгалтерского учета является:

- а) принцип двойной записи;
- б) «нет бухгалтерской записи без документа»;
- в) ведение счетов;
- г) заполнение счета-фактуры.

Вариант VII.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Финансирование здравоохранения.

2. Понятие одноканального финансирования бесплатной медицинской помощи населению.
3. Факторы, определяющие эффективность медицинской помощи.
4. Методы расчета стоимости болезни.
5. Характеристика метода «затрат-эффекты».

Задание 1.

Численность и структура медицинских кадров г. Москвы характеризуется следующими показателями.

На 1 января 2012 г, численность медицинских работников в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы составляла 169209 чел., из них:

- врачи, чел, 45558; .
- врачи участковые (терапевты, педиатры, врачи общей практики), чел.- 4979;
- средний медицинский персонал, чел, - 85542;
- средний медицинский персонал, работающий с врачами участковыми (терапевтами, педиатрами, врачами общей практики), чел, 4797.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:1,9.

Является ли оптимальным такое соотношение врачей и среднего медицинского персонала?

Задание 2.

Исходные данные:

предположим, повышающий коэффициент за период у врача К. составляет 0,9; понижающий - -0,5. Оклад врача составляет 30000 руб. в месяц.

Дополнительная информация:

По условию задания заработная плата среднего медицинского персонала рассчитывается исходя из сложившегося соотношения средней заработной платы врачебного и среднего медперсонала в данном учреждении здравоохранения.

Вопросы и задания:

1. Какова сумма выплат врачу за период с учетом повышающих и понижающих коэффициентов.
2. Определите стимулирующую часть заработной платы.
3. Составьте самостоятельно таблицу повышающих и понижающих коэффициентов медсестринского персонала, приведите пример и сделайте аналогичный расчет.

Тест:

1. Дефицит средств для реализации территориальной программы ОМС покрывается:

- а) субвенциями ФФОМС:
- б) местным бюджетом:
- в) доходом от платных медицинских услуг
- г) все ответы неверны

2. Социально приемлемым вариантом сокращения программы ОМС является:

- 5) исключение на Программы отдельных видов медицинской помощи (например, отдельных видов стоматологической помощи для взрослых);
- б) предоставление отдельных видов помощи только определенным контингентам населения;
- 3) введение доплат населения за оказанную помощь;
- 4) при превышении сроков стационарного лечения пациентом оплачивается часть стоимости каждого дня госпитализации?
- а) все ответы верны;
- б) все ответы неверны;
- в) верны первые два утверждения;
- г) верно только первое утверждение.

3. Вставьте в текст недостающее положение «... применяется метод финансирования по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности персонала, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи»:

- а) в дневном стационаре;
- б) в круглосуточном стационаре;
- в) в амбулаторно-поликлиническом звене;
- г) в санаторно-курортном комплексе.

4. За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая:

- а) диспансеризацию;
- б) ЭКО;
- в) профилактическую помощь;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

5. Функции страховщика как субъекта системы ОМС РФ выполняет:

- а) Федеральный фонд ОМС;
- б) страховая компания;
- в) медицинская организация;
- г) работодатель.

6. Федеральный фонд ОМС создает:

- а) страховой запас;
- б) резервы финансовых средств на выполнение программы модернизации здравоохранения субъектов РФ;
- в) резерв финансирования профилактических мероприятий;
- г) все ранее перечисленные ответы верны.

7. Из определения понятия клинко-статистической группы (КСГ) следует, что основными ее характеристиками являются:

- а) профиль медицинской помощи;
- б) перечень диагнозов;
- в) усредненный набор услуг диагностики и лечения, позволяющий оценить среднюю ресурсоемкость;

г) все ранее перечисленные ответы верны.

8. Субъект РФ самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе:

- а) оплаты законченного случая лечения;
- б) подушевого норматива;
- в) КПП, объединяющих заболевания; КСГ, объединяющих заболевания; возможны сочетания обоих способов оплаты при различных заболеваниях;
- г) оплаты медицинской услуги.

Вариант VIII

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Каковы показатели эффективности управления финансовыми ресурсами страховой медицинской организации?
2. Какие существуют методы экономического анализа?
3. Какие показатели характеризуют общественную результативность работы учреждения здравоохранения?

Задание 1.

Исходные данные

Показатель прироста госпитализированных больных от снижения показателя среднего числа дней пребывания больного:

$$\Pi = \frac{K \times D_0}{C_p} - \frac{K \times D_0}{C_0} = \frac{2728 \times 320}{14,2} - \frac{2728 \times 320}{15,2} = 4045 \text{ чел.}$$

где Π - прирост числа госпитализированных пациентов;

K - число коек в больницах региона - 2728;

D_0 - число дан использования койки в отчетном году 320 ли.;

C_0 - Среднее число дней пребывания пациента в отчетном году 15.2 дн.;

C_p - расчетное число дней пребывания пациента в больнице 14,2 дн.

Снижение показателя среднего числа дней пребывания больного - 1день.

Если добиться снижения среднего пребывания пациентов в городских больницах с 15,2 до 14,2 дня, то число дополнительных госпитализированных больных при прочих равных условиях составит 4045 чел. В этом случае количество коек, которое потребовалось бы для госпитализации такого количества пациентов, можно определить по формуле:

$$K = \frac{\Pi \times D_0}{C_0}$$

Стоимость ввода одной койки 11 тыс. руб.

Текущие расходы на содержание одной койки 600 руб. в день.

Вопросы и задания

1. Рассчитайте полученный экономический эффект в результате снижения среднего числа дней пребывания пациентов в больницах региона.
2. Определите, чему были бы равны общие затраты на развертывание дополнительного числа коек (в год), или иначе, величина сэкономленных

средств, в результате снижения показателя среднего числа дней пребывания больного на 1 день?

Задание 2.

Исходные данные:

При определении ФОТ в медицинских учреждениях систем государственного и муниципального здравоохранения применяется один из двух вариантов расчета:

1) $\text{ФОТ} = \text{Годовой ФЗП в соответствии с утвержденным штатным расписанием} + \text{Выплаты компенсационного характера} + \text{Выплаты стимулирующего характера}$;

2) $\text{ФОТ} = \text{Заработная плата основного персонала} \times (1 + \text{коэффициент доплат})$. Напоминаем, что доплата – это выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер за дополнительные трудозатраты работника. Выплаты стимулирующего характера возможны, если есть доходы от оказания платных медицинских услуг.

Предположим, в поликлинике N применяется второй способ расчета годового ФОТ. Базовый ФОТ медицинских работников подразделения поликлиники составил 6 млн. руб. в год. В отделении работает 10 медицинских сотрудников и реализуется в месяц 300 платных посещений и 5500 посещений по обязательному медицинскому страхованию. Коэффициент доплат составляет 0,2. Для нахождения значения статьи расходов «Оплата труда» в расчете на одно посещение можно использовать следующую формулу:

$\text{Оплата труда на одно посещение} = \text{ФОТ} / \text{Количество посещений}$

Вопросы и задания

1. Рассчитайте среднюю величину оплаты труда, приходящуюся на одну платную медицинскую услугу, если в расчет тарифа включается средняя величина заработной платы сотрудника, получаемая им по основной ставке с учетом доплат компенсационного характера.

2. Какую величину оплаты труда в среднем дополнительно получает каждый сотрудник в месяц в качестве выплат стимулирующего характера за счет платных медицинских услуг.

3. Оцените интенсивность труда медицинских работников данного подразделения и ответьте на вопрос: могут ли они увеличить прием платных пациентов.

Тест:

1. В каком случае предоставление медицинских услуг приносит прибыль:

- а) валовой доход превышает валовые издержки;
- б) цена превышает валовые средние издержки;
- в) валовые издержки превышают валовой доход;
- г) все ответы верны?

2. Финансово-экономический анализ базируется:

- а) па данных бухгалтерского учета и вероятностных оценках будущих

факторов хозяйственной жизни;

б) на аналитических расчетах;

в) на управленческих решениях;

г) на выявлении основных факторов, вызывающих изменения в финансово-экономическом состоянии организации здравоохранения.

3. Результат анализа это:

а) финансовая отчетность;

б) документ в виде аналитической записки (отчета);

в) горизонтальный анализ;

г) факторный анализ,

4. Анализ финансовых результатов включает;

а) расчет показателей прибыли и рентабельности, эффективности использования

ресурсов;

б) исследование изменений каждого показателя за текущий анализируемый период, динамики изменения показателей за ряд отчетных периодов, структуры соответствующих показателей и ее изменений;

в) исследование влияния отдельных показателей на конечный результат при - быть;

г) все ответы верны.

5. Методика расчета факторных влияний на прибыль от реализации продукта включает:

а) расчет влияния на прибыль экономии от снижения себестоимости медицинской услуги;

б) расчет влияния на прибыль (доход) изменений отпускных цен на реализованный продукт медицинского труда;

в) расчет влияния на прибыль изменений в объеме реализованных медицинских услуг.

г) все ответы верны.

6. В качестве конечного финансового результата деятельности учреждения здравоохранения можно рассматривать:

а) полное покрытие целевых текущих расходов за счет целевого использования доходов (финансовых поступлений из разных источников), достижений своеобразной точки безубыточности;

б) прибыль учреждения здравоохранения;

в) арендную плату;

г) все ответы неверны.

7. Эффективность использования финансовых ресурсов БУЗ отражают следующие виды доходов:

а) заработная плата медицинского персонала;

б) выручка;

в) прибыль, полученная в результате платной медицинской деятельности;

г) все ответы верны.

8. Средние издержки определяются путем:

- а) деления общих издержек (ТС) на соответствующим объем производства услуг (Q) данной организации здравоохранения;
- б) сложения постоянных и переменных издержек;
- в) вычитания постоянных издержек из дохода организации здравоохранения;
- г) все ответы неверны.

9. Операционный рычаг определяется формулой:

а) $\frac{R-T}{R} \times 100$

б) $\frac{R-VC}{r}$

в) $FC + VC$

г) $\frac{FC}{P_i - VC_i}$

10. Базой для экономических расчетов и финансового анализа служат такие документы финансовой отчетности медицинского учреждения, как:

- а) баланс государственного (муниципального) учреждения, отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности;
- б) отчет о финансовых результатах деятельности учреждения;
- в) инвентаризационная книга;
- г) все ответы верны.

Вариант IX

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Рынок труда и заработная плата. формы и системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения
2. Анализ нормативно правовых документов по оплате труда медицинских работников
3. Понятие эффективного контракта. Индикаторы качества выполняемых работ медицинским персоналом и учреждением здравоохранения

Задание 1.

Исходные данные:

Предположим, в терапевтическом отделении Центральной районной больницы города N количество врачей составляет 20 чел., средний медицинский персонал- 45 чел., младший медицинский персонал – 32 чел. По критериям качества распределяется 500000 руб. стимулирующих выплат.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. Определите размеры выплат стимулирующего характера по каждой категории кадрового состава терапевтического отделения данной больницы.

Задание 2.

Исходные данные:

Имеются следующие данные по оценке работы медицинского персонала в течение месяца:

- медицинская сестра набрала 22 балла;

- лечащий врач – 30 баллов;
- главный врач (руководитель организации) – 47 баллов.

При этом доля от выручки, предназначенная на выплаты стимулирующего характера данному персоналу, составила 90900руб. в месяц.

Вопросы и задания:

1. Рассчитайте стоимость одного балла.
2. На основе системы оценки работы медицинского персонала, сделайте расчет дополнительной оплаты труда медицинского персонала, оказывающего услуги в организации здравоохранения на коммерческой основе.
3. Какие факторы, необходимо дополнительно включить в данную таблицу, а какие, наоборот исключить из нее.
4. Составить таблицу «Многофакторная система аналитической оценки работы» для своей организации.

Тест:

1. Эффективный контракт – это:

- а) трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- б) система критериев и показателей эффективности деятельности персонала;
- в) оплата труда за внутреннее совмещение должностей;
- г) конкретизация должностных функций работника, показателей и критериев оценки эффективности его труда.

2. О предстоящих изменениях условий трудового договора, а также о причинах, вызвавших необходимость таких изменений, работодатель обязан уведомить работника:

- а) в устной форме за один месяц;
- б) письменной форме не позднее чем за два месяца;
- в) письменной форме не позднее чем за один месяц;
- г) все ответы неверны.

3. Заработная плата – это:

- а) повременная заработная плата, зависящая от количества отработанного времени;
- б) оплата либо за количество, либо за степень исполнения работы;
- в) смешанная форма оплаты труда, сочетающая повременную и сдельную;
- г) денежное вознаграждение, выплачиваемое организацией работнику за выполненную работу.

4. Должностной оклад – это:

- а) выплата, носящая компенсационный характер;
- б) выплата за ненормированный рабочий день;
- в) месячный размер оплаты труда, зависящий от занимаемой должности и требований к квалификации;
- г) выплаты, носящие регулярный характер, связанные с результатами труда работника.

5. В коммерческих организациях здравоохранения системы оплаты труда:

- а) выбираются организацией самостоятельно;
- б) определяются Минздравом России;
- в) определяются распоряжениями органов исполнительной власти субъектов РФ;
- г) выбираются работниками.

6. Затраты труда медицинского работника в терапии измеряются:

- а) количеством созданного продукта в единицу времени;
- б) отработанным временем;
- в) количеством записавшихся на прием пациентов;
- г) количеством пролеченных пациентов.

7. многофакторная система оценки работ медицинского персонала сочетает в себе:

- а) повременную форму оплаты труда;
- б) оценку качества и нормирования труда;
- в) способы профессионального отбора медицинских работников;
- г) все ответы верны.

8. Доплата – это:

- а) выплата к должностным окладам, носящая компенсационный характер, за дополнительные трудовые затраты работника;
- б) стимулирующая выплата, носящая постоянный или временный характер, за ненормированный рабочий день, стаж работы и т.д.;
- в) стимулирующая выплата, носящая как регулярный, так и разовый характер, связанная с результатами труда работника;
- г) все ответы неверны.

Вариант X

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Каковы основные характерные черты частной системы здравоохранения?
2. В каких формах развивается государственно-частное взаимодействие?
3. Что понимается под термином «государственно-частное партнерство»?

Задание 1.

Создайте раздел бизнес-плана «Оценка рисков» для частнопрактикующего семейного врача. Опишите возможные финансово-экономические, технические и социальные риски в его деятельности и пути их преодоления.

Задание 2.

Для создания бизнес-плана по созданию коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице команда отдела маркетинга данной медицинской организации решила применить метод «мозгового штурма». Составьте гипотетический бизнес-план. Для этого продумайте содержание следующих разделов бизнес-плана путем ответов на некоторые вопросы. Раздел первый. Резюме.

1. каковы цель и задачи (социальные и коммерческие) создания коммерческого отделения сестринского ухода в городской больнице?

Раздел второй. Характеристика медицинских и сервисных услуг.

1. Какие медицинские и сервисные услуги будут предложены на платной основе?

Раздел третий. Анализ положения дел в отрасли.

1. Какие нормативные правовые акты, налогообложение и другие факторы внешней среды влияют на результаты деятельности данного медицинского учреждения?

Раздел четвертый. Оценка конкурентов и выбор конкурентной стратегии.

1. каков прогноз объема реализации платных медицинских услуг с учетом конкуренции?

Раздел пятый. План реализации платных и сервисных медицинских услуг.

1. Какова потребность медицинских организаций в помещении, оборудовании, медикаментах, материалах и каковы требования к трудовым ресурсам?

Раздел шестой. План маркетинга.

1. Каков прогноз цен и услуг конкурентов при сравнительном анализе цен и услуг данного отделения?

Раздел седьмой. Управление и права собственности.

1. Какова организационная структура управления, распределение обязанностей по управлению деятельностью данного отделения?

2. Кому принадлежит данное отделение городской больницы?

3. Возникают ли арендные отношения?

Раздел восьмой. финансовый план.

1. Нужны ли заемные средства для реализации данного проекта?

2. Данное отделение обеспечит результатами своей деятельности самоокупаемость или будет приносить прибыль городской больнице?

Раздел девятый. Оценка и страхование рисков.

1. Каковы финансово-экономические, технические и социальные риски?

По каждому вопросу нужно дать предположительный ответ.

Задание 3.

Инновационный бизнес - план нацелен на создание «Дома сестринского ухода», предполагающего медицинские и сервисные услуги, новую систему организации сестринского ухода за больными пожилого возраста и гарантирующего надлежащее качество медицинских услуг, соответствующее стандартам медицинской помощи по конкретным нозологическим формам. «Дом сестринского ухода» представляет собой автономную некоммерческую организацию. Этот организационно-правовой статус позволяет ему действовать автономно, на основе договоров. Здание будущего «Дома сестринского ухода» находится в удовлетворительном состоянии, располагается в центре города с удобными подъездными транспортными маршрутами. Имеет большую прилегающую территорию, достаточную для

парковки автомобилей и другого транспорта. Перестройка здания возможна и не будет представлять больших трудностей.

В радиусе 50 км.от города находится два лечебных учреждения, одно из которых, а именно ЛДЦ «Ваш доктор», могло бы в будущем составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Однако климатические условия региона затрудняют передвижение населения по территории больше часть года, в связи с чем можно предположить, что по этой причине конкуренция будет слабой. В самом городе имеются лечебный учреждения, которые не могут составить конкуренцию создаваемому «Дома сестринского ухода». Компания «Лекарь», включающая в свою структуру больницу, в ближайшие три года будет испытывать значительные трудности с персоналом. Также она не может в настоящее время покрывать расходы на свое содержание, так как потребность района составляет 150 коек, а больница располагает 400 койками. Это создает для нее финансовую неустойчивость и ослабляет как конкурента.

Вопросы и задания:

1. Каковы конкурентные преимущества создаваемого «Дома сестринского ухода» в аспекте специализации деятельности и системы организации ухода за больными и престарелыми людьми и другие преимущества?
2. Составьте таблицу «Общая характеристика конкурентов». Ответьте на вопрос: кто-нибудь из конкурентов предлагает сестринские медицинские услуги по уходу за пожилыми людьми в данном регионе?
3. Какой социальный эффект достигается в регионе благодаря созданию «Дома сестринского ухода»?

Тест:

1. Отдел маркетинга санатория должен объединять действия в области:

- а) сбыта
- б) рекламы
- в) цен и качества медицинских и сервисных услуг
- г) все ответы верны.

2. SWOT- анализ включает:

- а) анализ слабых сторон данной организации
- б) оценку сильных сторон организации, оценку слабых сторон организации, возможности и угрозы в деятельности организации
- в) вероятности появления новых медицинских услуг
- г) альтернативные стратегии

3. Организационный план не содержит сведения:

- а) о форме собственности
- б) о партнерах по бизнесу
- в) об аккредитации медицинской организации
- г) о применяемой методике ценообразования в области медицинских и сервисных услуг

4. Самоанализ медицинской организации проводится на основе:

а) сбора информации о финансах, материально-технической базе подразделений

б) оценки кадрового состава по уровню квалификации, возрасту, стажу

в) изучение спроса населения на предлагаемой в бизнес-плане медицинские услуги

г) все ответы верны

5. Мера по снижению производственных рисков в медицинской организации не является:

а) действенный контроль над ходом лечебного процесса

б) отношения региональной власти к развитию бизнеса

в) применение импортозамещающих комплектующих и товаров медицинского назначения

г) дублирования поставщиков

6. К основным механизмам государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения относятся:

а) концессия: участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

б) сделки по привлечению инвестиции в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности

в) создание некоммерческих организаций

г) лизинг, франшиза, аутсорсинг.

7. Финансовый план как раздел бизнес-плана организации здравоохранения не включает:

а) сведения о партнерах по бизнесу

б) расчет порога безубыточности

в) объемы реализации медицинских услуг в денежном выражении

г) баланс доходов и расходов.

8. Вставьте недостающий термин: «Государственно-частное партнерство является одним из способов государственных функций»:

а) аутсорсинга;

б) лизинга;

в) франшизы;

г) использования.