

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебное пособие

Под ред. проф. Н.И.Вишнякова

Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармакологическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия для студентов
медицинских вузов

4-е издание

УДК 614.25:338
ББК 51.1(2)я73
О-75

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторский коллектив: **Н.И.Вишняков**, засл. деят. науки РФ, д.м.н., проф.; **О.А.Гусев**, к.м.н., доц.; **А.О.Гусев**, к.м.н., ст.н.с.; **И.В.Додонова**; **О.В.Емельянов**, д.м.н., проф.; **К.С.Клюковкин**, д.м.н., проф.; **Л.В.Кочорова**, д.м.н., проф.; **М.Л.Мальшев**, к.м.н., ст.н.с.; **В.А.Миняев**, засл. деят. науки РФ, д.м.н., проф.; **М.В.Окулов**, к.м.н., ст.н.с.; **Е.Н.Пенюгина**, д.м.н., проф.; **Н.Г.Петрова**, д.м.н., проф.; **Л.С.Слесаревская**, к.э.н., доц.; **В.М.Тришин**, д.м.н., проф.; **В.П.Шестаков**, д.м.н., проф.

Под научной редакцией зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова засл. деят. науки РФ, д.м.н., проф. **Н.И.Вишнякова**

Рецензенты:

В.З.Кучеренко – засл. деят. науки РФ, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор

Ф.Н.Кадыров – зам. директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава, д.э.н., профессор

Основа экономики здравоохранения / под ред. Н.И.Вишнякова. – О-75 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 152 с.
ISBN 978-5-00030-054-1

В круг рассматриваемых в настоящем учебном пособии вопросов включены основы планирования и финансирования здравоохранения, ценообразования, маркетинга, оплаты труда, налогообложения и ряд других, играющих важную роль в экономике современного здравоохранения.

Пособие предназначено для студентов медицинских вузов, оно может представлять интерес также для работников административного аппарата лечебных учреждений различного типа.

УДК 614.25:338
ББК 51.1(2)я73

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Основы планирования здравоохранения	6
Контрольные вопросы	12
Глава II. Введение в экономику здравоохранения	13
2.1. История вопроса	13
2.2. Предмет экономики здравоохранения	14
2.3. Экономические проблемы развития здравоохранения	15
2.4. Место экономики здравоохранения в структуре экономической науки	17
2.5. Методы изучения экономики здравоохранения	18
Контрольные вопросы	24
Глава III. Эффективность здравоохранения и основы экономического анализа	25
3.1. Понятие об экономическом эффекте, экономической, социальной и медицинской эффективности	25
3.2. Сущность, задачи и направления экономического анализа деятельности лечебно-профилактического учреждения	28
3.3. Основные приемы экономического анализа, его информационная база и организация	29
3.4. Использование основных фондов	31
3.5. Использование коечного фонда	32
3.6. Использование медицинской техники	34
3.7. Использование персонала	35
3.8. Анализ финансовых средств	35
Контрольные вопросы	36
Глава IV. Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования	38
4.1. Особенности финансирования здравоохранения в современных условиях	38
4.2. Способы оплаты амбулаторной и стационарной помощи	43
4.3. Финансовые ресурсы медицинских организаций	50
Контрольные вопросы	56
Глава V. Рыночные отношения в здравоохранении	58
Контрольные вопросы	63

Глава VI. Ценообразование в системе здравоохранения	64
6.1. Проблемы и особенности ценообразования в здравоохранении . .	64
6.2. Механизм формирования цен	66
6.3. Методы ценообразования	69
6.4. Система цен на медицинские услуги	70
Контрольные вопросы	74
Глава VII. Предпринимательская деятельность в здравоохранении	75
7.1. Собственность как основа предпринимательской деятельности . .	75
7.2. Понятие о предпринимательской деятельности. Виды предпринимательства и условия его осуществления	75
7.3. Формы осуществления предпринимательской деятельности	78
7.4. Особенности малого бизнеса	83
7.5. Основные этапы организации предпринимательской деятельности	86
7.6. Ответственность за осуществление незаконной предпринимательской деятельности	88
7.7. Бизнес-план	88
Контрольные вопросы	94
Глава VIII. Маркетинг в здравоохранении	95
8.1. Предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении	95
8.2. Понятие о маркетинге	96
8.3. Система управления маркетингом	98
8.4. Виды спроса и маркетинга	99
8.5. Основные концепции маркетинга	100
8.6. Медицинский маркетинг	102
8.7. Услуга – понятие, характеристики, жизненный цикл	103
8.8. Маркетинговые среды	105
8.9. Маркетинговый цикл – составляющие понятия, условия реализации	107
Контрольные вопросы	112
Глава IX. Оплата труда в здравоохранении	114
9.1. Экономическое значение и функции оплаты труда наемных работников	114
9.2. Формы заработной платы	115
9.3. Правовое регулирование вопросов оплаты труда в РФ	117
9.4. Оплата труда работников федеральных государственных учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании	120
9.5. О порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета субъектов Федерации (на примере Санкт-Петербурга)	124
Контрольные вопросы	140

Глава X. Налогообложение	141
10.1. Сущность налогообложения и его функции	141
10.2. Налоговая система и ее состав	144
10.3. Общая характеристика отдельных видов налогов	145
10.4. Налогообложение медицинских учреждений, оказывающих платные медицинские услуги	147
Контрольные вопросы	148
Литература	149

ГЛАВА I. ОСНОВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Одной из важных и сложных проблем здравоохранения является планирование медицинской помощи населению. План здравоохранения – это составная часть государственного плана экономического и социального развития страны. Он направлен на наиболее рациональное и эффективное использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов здравоохранения как важнейшей отрасли народного хозяйства. Безусловно, в условиях перехода к рыночной экономике планирование теряет некоторые императивные, прежде всего централизованные, функции и приобретает рекомендательный характер. Однако еще в 1974 г. Европейское региональное бюро ВОЗ объявило, что в Европе не осталось ни одной страны, которая не занималась бы планированием здравоохранения. Большое значение планирование имеет и при составлении различных программ по охране здоровья населения и окружающей среды.

Основными принципами планирования здравоохранения в России в настоящее время являются:

- направленность здравоохранения на достижение конкретных результатов в улучшении здоровья граждан;
- адекватность финансовых ресурсов здравоохранения государственным гарантиям предоставления населению медико-социальной и лекарственной помощи;
- обеспечение социальной справедливости и доступности медицинской помощи при реализации государственных гарантий вне зависимости от социального статуса, уровня дохода и места жительства граждан;
- высокая эффективность использования ресурсов при реализации государственных гарантий за счет оптимизации структуры объема и технологий медицинской помощи;
- политическая приемлемость принципов организации системы здравоохранения;
- приемлемый уровень административных расходов;
- обеспечение высокой эффективности внедрения современных медицинских технологий.

Народнохозяйственные планы подразделяют на территориальные и отраслевые. Планы здравоохранения являются прежде всего отраслевыми.

По срокам исполнения планы делятся на текущие и перспективные. Текущие планы рассчитаны на 1 год и являются составной частью перспективных

Таблица 1.1

Средние нормативы объема медицинской помощи по Программе госгарантий на 2013–2015 гг.

Наименование видов, условий и форм оказания медицинской помощи	Нормативы медицинской помощи		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации (включая медицинскую эвакуацию)	0,318 вызова на 1 жителя	0,318 вызова на 1 жителя	0,318 вызова на 1 жителя
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью	2,44 посещения на 1 жителя	2,64 посещения на 1 жителя	2,70 посещения на 1 жителя
В рамках базовой программы ОМС	2,04 посещения на 1 застрахованное лицо	2,24 посещения на 1 застрахованное лицо	2,30 посещения на 1 застрахованное лицо
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями	2,1 обращения на 1 жителя	2,15 обращения на 1 жителя	2,2 обращения на 1 жителя
В рамках базовой программы ОМС	1,9 обращения на 1 жителя	1,95 обращения на 1 жителя	2,0 обращения на 1 жителя
Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях в неотложной форме в рамках базовой программы ОМС	0,36 посещения на 1 застрахованное лицо	0,46 посещения на 1 застрахованное лицо	0,6 посещения на 1 застрахованное лицо
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	0,63 пациенто-дня на 1 жителя	0,665 пациенто-дня на 1 жителя	0,71 пациенто-дня на 1 жителя
В рамках базовой программы ОМС	0,52 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо	0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо	0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо

Таблица I.1 (окончание)

Наименование видов, условий и форм оказания медицинской помощи	Нормативы медицинской помощи		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Медицинская помощь в стационарных условиях	2,558 койко-дня на 1 жителя	2,463 койко-дня на 1 жителя	2,350 койко-дня на 1 жителя
В рамках базовой программы ОМС	1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо	1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо	1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	0,077 койко-дня на 1 жителя	0,092 койко-дня на 1 жителя	0,112 койко-дня на 1 жителя

ГЛАВА II. ВВЕДЕНИЕ В ЭКОНОМИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. История вопроса

Экономика как область научных знаний возникла в весьма отдаленные времена. История развития экономики включает историю развития отношений обмена, общественного разделения труда и рыночных отношений. Автор термина «экономика» Аристотель занимался изучением экономических процессов за 2300 лет до наших дней.

На всех этапах своего развития экономика с достаточным вниманием относилась к исследованиям хозяйственных процессов, связанных с медициной. Однако выделение экономики здравоохранения как науки состоялось лишь во второй половине XX в. Это было обусловлено следующими обстоятельствами.

Во-первых, именно в XX в. наряду с развитием основных сфер материального производства получила развитие и социальная сфера, включающая здравоохранение. Появилась реальная база, объект исследования – экономические отношения в здравоохранении, что обусловило формирование отдельной области конкретных экономических знаний – экономики здравоохранения.

Во-вторых, именно в это время проблемы медицины, здравоохранения стали рассматриваться с точки зрения экономической эффективности организации и деятельности различных служб охраны здоровья с целью получения желаемых результатов при наименьших затратах материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсов (так как здравоохранение является одной из наиболее ресурсоемких отраслей хозяйства).

В-третьих, именно в середине XX в. была осознана значимость экономических проблем воспроизводства рабочей силы и взаимосвязи здравоохранения с другими отраслями экономики, важность того, что инвестиции в развитие человеческого фактора, в программы, связанные с охраной и укреплением здоровья населения, экономически оправданы.

Все вышеизложенное предопределило формирование новой научной дисциплины – экономики здравоохранения, необходимость подготовки специалистов в этой области.

В настоящее время делаются серьезные шаги в развитии экономики здравоохранения как самостоятельной науки. Этому способствует появление и развитие рыночных отношений, процессов коммерциализации здравоохранения, проявляющихся, в частности, в росте объемов платных услуг

населению. Кроме того, развивается система медицинского страхования. Это все обуславливает изменение экономического положения медицинского учреждения, приобретающего черты «услугопроизводящего» предприятия. Изменение статуса медицинского учреждения ведет к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в процессе практической деятельности медицинских учреждений, вынужденных все в большей степени действовать на коммерческой основе, с учетом принципов самоокупаемости.

Кроме того, условием и одновременно следствием развития рыночных отношений является появление многоукладности в здравоохранении, когда реальным стало функционирование медицинских учреждений с различной формой собственности.

Одним из последствий осуществления медицинской деятельности в разнообразных хозяйственных формах является изменение экономического положения работников здравоохранения. От количества и качества их труда зависит экономический результат деятельности ЛПУ в целом, а также уровень их материального вознаграждения.

Исследованием всех указанных процессов в современном здравоохранении и занимается экономика здравоохранения.

2.2. Предмет экономики здравоохранения

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая стороны. Профессиональная составляет содержательный аспект медицинской деятельности. Экономическая же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность. Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не осуществляется в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы. Указанные стороны деятельности существуют в неразрывной связи при любых условиях, в любом обществе.

От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли хозяйства.

Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности, что в современных условиях имеет существенную научно-практическую значимость.

Следовательно, экономику здравоохранения можно определить как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области медицины. Указанное определение в большей степени касается внутреннего аспекта экономики здравоохранения. Подчеркивая же ее внешний аспект, можно определить экономику здравоохранения как отраслевую экономическую науку, изучающую взаимодействие здравоохранения как непродуцирующей сферы жизнедеятельности общества с другими отраслями народного хозяйства.



ни – квалификацией и не зависела от объема и качества труда, его конечных результатов. Более совершенной формой является *бригадная форма* организации и оплаты труда. Между бригадой и администрацией заключается договор, в котором бригада обязуется выполнять определенный объем работы с определенным (имеется в виду – высоким) качеством. Администрация обязуется выплачивать бригаде весь фонд ее заработной платы независимо от числа членов бригады. Заработная плата каждого члена бригады определяется при помощи коэффициента трудового участия (КТУ), который рассчитывается на общем собрании бригады при помощи установленной схемы экспертных оценок.

По своему составу бригада может быть:

- простой, в состав которой входят только санитарки, или только медсестры, или только врачи какого-либо подразделения;
- комплексной, включающей всех работников подразделения;
- сквозной, организация которой возможна только в территориальном медицинском объединении, состоящем из нескольких поликлиник.

В состав такой бригады могут входить работники однопрофильных подразделений из разных поликлиник.

Возглавляет бригаду бригадир. Должность эта является выборной. Оплата труда каждого члена бригады производится согласно КТУ.

Основные преимущества бригадного подряда:

- возможность меньшим числом работников выполнить необходимый объем работы;
- повышение инициативы и ответственности членов бригады за результаты работы;
- дифференциация заработной платы в зависимости от объема, сложности и качества выполняемой работы.

Важнейшими недостатками бригадного подряда является незаинтересованность членов бригады в полном укомплектовании штатов и рациональном расходовании ресурсов ЛПУ.

Коллективный подряд. Сущность коллективного подряда заключается в том, что коллектив медицинского учреждения и вышестоящий орган управления здравоохранением заключают договор, в котором определяется государственный заказ на оказание бесплатной медицинской помощи насе-

лению обслуживаемой территории. Для выполнения государственного заказа учреждению выделяются необходимые денежные ресурсы по нормативу (в Санкт-Петербурге – в расчете на душу населения). При этом коллектив обязуется эффективно использовать выделенные ему материальные и денежные ресурсы, обеспечивая выполнение установленного государственного заказа с необходимыми качественными показателями.

Хозрасчетный доход коллектива образуется после возмещения из суммы полученных и заработанных средств текущих затрат по содержанию учреждения, расчетов с другими учреждениями, выплаты процентов банку за кредит. Хозрасчетный доход является собственностью коллектива и подлежит распределению между образуемыми в учреждении фондами развития материально-технической базы или производственного развития учреждения и фондом социального развития по нормативу. Остаток хозрасчетного дохода образует единый фонд оплаты труда (схема 2.1).

Совет трудового коллектива распределяет единый фонд оплаты труда между структурными подразделениями (бригадами), исходя из объема и качества оказания медицинской помощи. Заработная плата каждого работника определяется на основании КТУ.

Арендный подряд состоит в том, что коллектив учреждения заключает договор с органом управления здравоохранением на аренду основных фондов и приобретает полную самостоятельность в их использовании. При этом коллектив обязуется эффективно их использовать и обеспечивать оказание с высоким качеством всех видов бесплатной медицинской помощи (вошедших в госзаказ) населению, проживающему в зоне обслуживания.

Хозрасчетный доход коллектива образуется после возмещения из полученных и заработанных средств текущих затрат по содержанию учреждения, расчетов с другими учреждениями, выплаты процентов за кредит. Из хозрас-

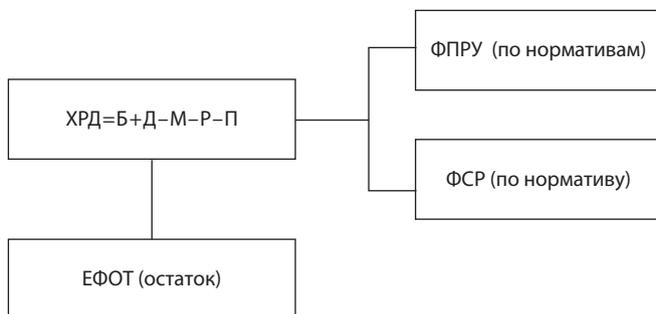


Схема 2.1. Хозрасчетный доход коллектива.

ХРД – хозрасчетный доход; Б – бюджетные ассигнования; Д – дополнительные источники финансирования; М – материальные и приравненные к ним затраты; Р – расчеты с другими ЛПУ; П – процент за кредит; ФПРУ – фонд производственного развития учреждения; ФСР – фонд социального развития; ЕФОТ – единый фонд оплаты труда.

четного дохода учреждение вносит арендную плату. Оставшаяся часть дохода подлежит распределению между фондами производственного и социального развития учреждения и единым фондом оплаты труда.

В условиях НХМ получили развитие внутриведомственный и внутриучрежденческий хозрасчет. В системе внутриведомственного хозрасчета в хозрасчетные отношения вступали различные медицинские учреждения. Так, поликлиники оплачивали стационарное лечение в расчете за пролеченного больного, оплачивали услуги скорой медицинской помощи и консультативно-диагностических центров.

Система внутриучрежденческого хозрасчета подразумевала наличие хозрасчетных отношений между подразделениями учреждения.

Новый хозяйственный механизм, внедрение в здравоохранение хозрасчета актуализировали проблему управления в здравоохранении. Главный врач должен все в большей степени становиться менеджером (хотя, возможно, более рациональным является создание дополнительного института менеджеров), поскольку число его задач неизмеримо расширяется в условиях, когда учреждение наряду с традиционным оказанием высококачественной медицинской помощи должно являться рентабельным. Поэтому проблемы НХМ неотделимы от проблем менеджмента в здравоохранении.

Контрольные вопросы

1. Что понимается под экономикой здравоохранения?
2. Каков предмет экономики здравоохранения?
3. Какие методы экономики здравоохранения Вы знаете?
4. Какие факторы повлияли на формирование экономики здравоохранения как науки?
5. Каково место экономики здравоохранения в структуре экономических знаний?
6. Каковы экономические проблемы развития здравоохранения?
7. Укажите основные цели НХМ.
8. Назовите особенности финансирования амбулаторных и стационарных учреждений в условиях НХМ.
9. В чем суть бригадного, коллективного и арендного подрядов?

ГЛАВА III. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОСНОВЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

3.1. Понятие об экономическом эффекте, экономической, социальной и медицинской эффективности

Сегодня совершенно ясно, что не только социально-экономические условия влияют на здоровье населения, но и здоровье в немалой степени влияет на экономику общества. Общие экономические потери (экономический ущерб), которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делят на прямые затраты и косвенные потери. К *прямым* экономическим затратам вследствие заболеваемости относятся затраты на оказание медицинской помощи (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, санитарно-эпидемиологическое обслуживание), научно-исследовательскую работу, подготовку кадров. К прямым экономическим потерям вследствие заболеваемости относятся и пособия по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности, и пенсии по инвалидности. К *непрямым*, или *косвенным*, экономическим потерям относятся потери в связи со снижением в результате заболеваемости производительности труда, недопроизведенная продукция на промышленном предприятии и снижение национального дохода на уровне народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте. Причем косвенные экономические потери во много раз превышают прямые экономические затраты вследствие заболеваемости. По данным американских авторов, на долю прямых экономических затрат приходится около 10% общего экономического ущерба из-за болезней, а около 90% составляют косвенные потери. Проведение различных медицинских оздоровительных мероприятий, нацеленных на снижение уровня заболеваемости, например вакцинация всего населения или только детей против инфекционных заболеваний, профилактика травматизма, профилактические осмотры с целью раннего выявления заболеваний, диспансеризация определенных контингентов и т.д. уменьшают экономический ущерб вследствие заболеваний. Таким образом, разница между экономическим ущербом вследствие заболеваемости до и после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и определяет *экономический эффект* здравоохранения.

Необходимо иметь в виду, что достижение определенного экономического эффекта не всегда свидетельствует о получении экономической эффективности. Дело в том, что проведение любых оздоровительных ме-