

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РФ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АКАДЕМИЯ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ

На правах рукописи

ПЛОТНИКОВА ЕЛЕНА СЕРГЕЕВНА

04201102604

**РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ
УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ**

Специальность:

08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(Управление инновациями)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата экономических наук

Научный руководитель
доктор экономических наук,
профессор Шашина Нина Сергеевна

Санкт-Петербург 2011

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	11
1.1 Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны | 1	
1.2 Обоснование необходимости инновационного подхода к управлению затратами государственных учреждений здравоохранения.....	22
1.3 Инновационные подходы к управлению затратами в ГУЗе	40
ГЛАВА 2. ФОРМИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	51
2.1 Современные проблемы развития сферы здравоохранения Приморского края.....	51
2.2. Концептуальный подход к формированию инновационной системы управления затратами государственного учреждения здравоохранения.	74
2.3 Методические рекомендации по управлению затратами государственного учреждения здравоохранения.....	92
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ ГУЗа	109
3.1 Формирование системы показателей оценки эффективности управления затратами ГУЗа	109
3.2 Оценка экономической и социальной эффективности системы управления затратами ГУЗа.	120
3.3 Прогнозирование объёмов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи.....	131
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	145
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	150

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье нации является предпосылкой социального благополучия и стабильного экономического функционирования государства, повышения качества человеческого капитала. Обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью представляет важнейшую проблему для любой страны, независимо от модели хозяйствования и финансовой системы.

Состояние здравоохранения как отрасли народного хозяйства, перспективы его развития и совершенствования определяют, прежде всего, уровень организации экономических отношений участников его функционирования, а также уровень его финансовой обеспеченности. Поэтому проблема финансирования здравоохранения в Российской Федерации имеет огромное значение, тем более, что отрасль до настоящего времени продолжает финансироваться по остаточному принципу, в связи с чем доля государственных финансовых ресурсов, направляемых на нужды здравоохранения не превышает ежегодно 3% ВВП.

Программа целостного, взаимосвязанного и эффективного финансирования здравоохранения России практически отсутствует. Предпринимаемые, особенно в последние годы, меры по усилению финансового обеспечения отрасли, как правило, направлены на решение пусть и важнейших, но локальных аспектов. Так, например, в целях решения острейших проблем в здравоохранении с 2006 года реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», усилено внимание лекарственному обеспечению отдельных льготных категорий граждан, обеспечению доступности высокотехнологичной медицинской помощи и ряду других направлений.

Для отрасли характерна многоканальная система финансирования с использованием средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования, средств домохозяйств и добровольного медицинского страхования. В итоге, учреждение здравоохранения получает средства из различных источников. Такое многоканальное построение финансирования здравоохранения не обеспечивает должной эффективности использования средств, создает

предпосылки для перекрестного финансирования одних и тех же мероприятий, ослабляет контроль целевого использования ресурсов. Объем, структура ресурсов и механизм их направления и использования не соответствует в достаточной мере потребностям здравоохранения и условиям оказания медицинских услуг. В результате эффективность функционирования здравоохранения невысока. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, порядка 30% финансовых ресурсов используются неэффективно. Кроме того, принятие новых нормативно-правовых актов в системе здравоохранения создавало предпосылки для появления коммерческих медицинских учреждений, а, следовательно, усилило конкуренцию между государственными учреждениями здравоохранения (ГУЗ) и коммерческими лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ). Сфера здравоохранения постоянно сталкивается с дефицитом бюджетного финансирования. И даже осуществление предпринимательской деятельности не позволяет ГУЗам решить финансовые проблемы уже на протяжении многих лет. Следовательно конкурентоспособность ГУЗов неуклонно снижается из-за продолжающегося устаревания материально-технической базы здравоохранения, оттока высококвалифицированного медицинского персонала в коммерческие структуры, и, как следствие, - снижение качества предоставляемых медицинских услуг.

Недостаточная гибкость централизованной организационной структуры государственных учреждений здравоохранения не позволяет быстро и своевременно принимать управленческие решения. Финансовый бухгалтерский учет не в состоянии обеспечить руководство ГУЗа необходимой информацией о реальной себестоимости и доходности того или иного медицинского вида деятельности, услуги. Вступление ГУЗов в рыночные отношения изменяет философию построения системы управления. Получение достоверной и оперативной информации, описывающей все бизнес-процессы ГУЗа позволит руководителям определять конкурентоспособную цену предоставляемых медицинских услуг, проводить оперативный анализ безубыточности видов деятельности ГУЗа, оптимизировать себестоимость услуг и пр.

В этой связи особенно актуальным становится задача повышения эффективности здравоохранения за счет формирования и развития инновационных технологий управления отраслью и отдельными учреждениями здравоохранения.

Современная экономика выработала обширную систему финансовых методов и технологий на инновационной основе. Эти методы позволяют выявить на ранней стадии и устранить негативные факторы развития, наметить основные направления совершенствования деятельности ГУЗов. Упомянутые причины привели к актуализации проблем, связанных с изучением и совершенствованием системы управления затратами государственных учреждений здравоохранения, базирующейся на инновационной основе.

Актуальность темы исследования обусловлена наличием противоречия между развитием новых форм организации и ведения финансово-хозяйственной деятельности в учреждениях здравоохранения и отсутствием научно обоснованных рекомендаций по управлению затратами ГУЗов на инновационной основе.

В отечественной литературе в силу ряда объективных причин ощущается недостаток в теоретических и методологических работах по вопросам управления затратами в здравоохранении. Отсутствуют комплексные разработки системы управления затратами ГУЗа с указанием элементов механизма данной системы и их взаимосвязи.

Поэтому возникает необходимость системного исследования механизма управления затратами государственных учреждений здравоохранения. Результаты исследования могут быть использованы в области построения экономических систем управления затратами на инновационной основе и построения систем бюджетирования деятельности данных учреждений, а также обеспечить рост прибыли, что является основой эффективного развития ГУЗов.

Разработанность темы исследования. Значительный вклад в развитие теории инновационной деятельности внесли труды многих зарубежных ученых. Вопрос рассматривали такие авторы как В.Берис, Дж.Боуэн, Е.Грант, Р.Доллан,

Ф.Котлер, Дж.Литнер, М.Макинтош, Г.Марковиц, Дж.Мейкенз, М.Миллер, С.Пари, А.Стрикленд, А.Томпсон, Дж.Уокер, П.Хавранек, Ф.Хайек, Э.Хансен, С.Харрис, Э.Холл, У.Шарп, И.Шумпетер и другие.

Работы этих ученых затрагивают основные вопросы инновационной деятельности экономики в целом и отдельных отраслей, а также организаций и учреждений, эффективности их функционирования, инновационных моделей и методов управления.

Общетеоретические проблемы управления затратами и прибыльностью организаций различных сфер деятельности рассматриваются в трудах А.И. Асаул, Р. Вандер Вила, Т.Е. Гварлиани, В.В. Глущенко, Т.Г. Дроздовой, Друри К., А.В. Игнатъевой, Т.П. Карповой, В.Э. Керимова, В.В. Ковалева, В. Кодацко-го, С.Д. Котлярова, В.П. Кустарева, В.Г. Лебедева, М.М. Максимцева, А.А. Матвеева, Ж.А. Малхасьян, С.А. Николаевой, Р. Нуреева, И.Б. Осорьевой, В. Паля, Е.О. Пужановой, Т.В Сизовой, Я.В. Соколова, Е. Стояновой, В.Е. Хруцкого, А.Д. Шеремета и других отечественных ученых.

Основы для формирования экономических методов управления здравоохранением были заложены в трудах таких ученых-экономистов, как Е.Н.Жильцов, Б.И.Бояринцев, А.М.Бабиц, С.В.Киселев, Н.Х.Сабитов, В.П.Корчагин.

Совершенствованию структуры управления затратами ГУЗа, а также необходимости внедрения новых форм экономического анализа, стратегического планирования и управления затратами посвящены работы В.И. Калининко, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина и др.

Однако имеющиеся работы лишь косвенно раскрывают теоретические и методологические аспекты системы управления затратами, а методы их оценки, механизмы управления на инновационной основе разработаны на уровне общих подходов для отдельных проблем.

Следовательно, большинство проблем, связанных с формированием системы управления затратами государственных учреждений здравоохранения с учётом инновационного подхода, до сих пор в полной мере не разрешено. Не-

обходимость теоретического и методического исследования этих проблем определила актуальность темы диссертационной работы, ее цель, задачи и предмет.

Цель диссертационного исследования состоит в разработке научно-обоснованных рекомендаций по формированию инновационной системы управления затратами государственных учреждений здравоохранения.

Поставленная цель потребовала последовательного решения основных задач, включающих:

- обоснование необходимости инновационного подхода к управлению затратами в государственных учреждениях здравоохранения;
- изучение структуры затрат ГУЗа;
- выявление бизнес-процессов и инструментов, позволяющих оптимизировать существующую систему управления затратами ГУЗа;
- разработка концептуальных подходов к формированию инновационной системы управления затратами государственного учреждения здравоохранения;
- выделение основных центров ответственности ГУЗа и построение взаимосвязи между бюджетами затрат и доходами ГУЗа;
- разработку методических рекомендаций по управлению затратами ГУЗа;
- оценку эффективности инновационной системы управления затратами ГУЗа;
- прогнозирование объемов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи.

Предметом исследования явились экономические отношения, возникающие в процессе формирования инновационной системы управления затратами в государственных учреждениях здравоохранения.

Объект исследования – деятельность государственных учреждений здравоохранения по формированию инновационной системы управления затратами.

Научная новизна диссертации состоит в том, что на основе системного подхода проведено исследование теоретических и методических проблем управления затратами государственных учреждений здравоохранения.

В рамках диссертационного исследования получены наиболее важные результаты, определяющие новизну проведенного исследования.

1. Выявлены особенности инновационного подхода к управлению затратами в государственных учреждениях здравоохранения, заключающиеся в оптимизации структуры затрат, правильности распределения фактических расходов (затрат) по структурным подразделениям, целесообразности отнесения затрат на конкретные виды деятельности или услуг, определении методов калькулирования себестоимости, контроле и планировании денежных потоков, построении эффективной системы управления затратами.

2. Разработана концепция формирования инновационной системы управления затратами, обосновывающая методы, процедуры и функции управления затратами с выделением центров ответственности, позволяющая оптимизировать структуру затрат ГУЗа.

3. Предложены методические рекомендации по управлению затратами медицинского учреждения, учитывающие многообразие объектов управления затратами, позволяющие распределить затраты по центрам ответственности и осуществить расчет усеченной и полной себестоимости видов деятельности ГУЗа.

4. Разработана система показателей оценки эффективности управления затратами, позволяющая определить экономический и социальный эффект от внедрения инновационной системы управления затратами, предложен алгоритм их расчета, и сформулированы предложения по повышению качества медицинских услуг ГУЗа;

5. На основе анализа данных о численности населения Приморского края и стоимости оказываемых медицинских услуг составлен прогноз объемов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи.

Теоретической и методологической базой диссертации явились теоретические и методологические положения, содержащиеся в трудах ученых, посвященных изучению проблем управления затратами, экономического анализа, управления хозяйственными системами. При решении конкретных задач исследования использовались методы логического, структурного, функционального и системного анализа с применением экономико-математических и статистических методов.

Информационную основу составляют действующие законодательные и нормативные акты РФ, федеральных и региональных органов исполнительной власти, а также официальные документы Федеральной службы государственной статистики РФ, территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Приморскому краю, аналитические обзоры по здравоохранению Приморского края, отчеты по финансово-хозяйственной деятельности органов управления здравоохранением, первичный материал, собранный и обработанный автором за период исследования.

Теоретическая и практическая значимость. Теоретическое значение результатов, полученных автором, заключается в том, что на основе системного подхода проведено комплексное исследование проблем управления затратами государственного учреждения здравоохранения и обоснованы методические рекомендации по формированию инновационной системы управления затратами ГУЗа.

Практическая значимость результатов исследования определяется тем, что основные положения, выводы и рекомендации диссертационной работы ориентированы на широкое использование при формировании систем управления затратами в государственных учреждениях здравоохранения страны. Отдельные положения работы могут быть использованы в учебном процессе при чтении курса «Управление затратами» по специальности «Экономика и управление на предприятиях здравоохранения».

Апробация работы. Основные положения, выводы и предложения диссертационной работы докладывались на международных и научно-

практических конференциях 2009 - 2011 гг. Полученные в ходе диссертационного исследования положения, выводы и рекомендации приняты для внедрения в практику деятельности ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России г. Фокино, подтвержденные справкой о внедрении, а также использованы в учебном процессе Санкт – Петербургской академии управления и экономики при чтении курсов Система государственного и муниципального управления, Управление государственной и муниципальной собственностью.

По теме диссертационного исследования опубликовано 6 работ общим объемом 2,5 п.л. Опубликованы 3 работы в ведущих рецензируемых научных журналах, определенных Высшей аттестационной комиссией.

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, приложений, включает 42 таблицы и 26 рисунков.

ГЛАВА 1. ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны

В настоящее время здоровье человека в качестве научной и социальной проблемы входит в число приоритетных вопросов, которые принято называть глобальными. Здоровье человека учитывается при обсуждении вопросов о национальном богатстве, трудовом потенциале и трудовых ресурсах. В итоге здоровье человека является интегральным показателем, который характеризует эффективность всей системы производственных и общественных отношений

В этой связи в современных условиях особенно актуальным становится задача повышения эффективности здравоохранения за счет формирования и развития инновационных технологий управления отраслью.

Достигнутая в настоящее время макроэкономическая стабильность позволяет органам государственного управления сосредоточиться на бюджетной сфере, в том числе на здравоохранении, путем построения эффективной инновационной инфраструктуры отрасли, создания инновационного механизма финансово-экономических отношений, способствующих повышению бюджетной эффективности использования ресурсов здравоохранения

Объективно здоровье представляет реальную предпосылку для удовлетворения общественных и индивидуальных материальных и духовных потребностей [13]. На каждом историческом этапе развития общества достижение максимально возможного уровня индивидуального и общественного здоровья является важнейшим условием его социально-экономического прогресса [12, 100].

Исследователями здоровье оценивается не просто как природный дар, полученный в безвозмездное пользование, а как средство поддержания и улучшения человеческой жизни, требующее наряду с его потреблением и определенных затрат [67, 100].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 1920 вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента - физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье» [79].

Реализация потребности человека в здоровье достигается на рынке товаров и услуг. Экономически активный человек на рынке труда вступает в трудовые отношения с предприятиями. Последние оплачивают труд человека в виде заработной платы или жалования. В свою очередь денежный доход, полученный человеком на рынке труда, позволяет ему на рынке продукции приобретать товары или услуги для удовлетворения своих потребностей и восстановления своего здоровья.

В целом, медико-демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется следующими тенденциями (рис.1.1):

- устойчивое снижение численности населения;
- обострение структурных диспропорций демографической нагрузки;
- рост общей заболеваемости во всех возрастных группах населения;
- снижение уровня ожидаемой продолжительности жизни.



Рис.1.1 Смертность и рождаемость населения России 1989-2008 (на 1000 чел.).

Очевидно, что если на протяжении десятилетий состояние здравоохранения как социально-экономической системы характеризуется снижением рождаемости и ростом смертности, то в перспективе подобное сокращение числен-

ности населения может вызвать депопуляцию, ведущую в свою очередь к нарушению общей структуры этой системы, к диспропорциям ее внутрисистемных связей и компонентов, т.е., как уже отмечалось ранее, к частичной или полной потере ее целостности и управляемости.

Выявленные тенденции, несомненно, негативно скажутся на уровне соотношения нетрудоспособного населения к трудоспособному, что представляет серьезную угрозу дальнейшему развитию страны.

Согласно прогнозам МВФ, уменьшение численности трудоспособного населения приведет к снижению производительности труда и стимулов для инвестиций в человеческий и физический капитал, что, в свою очередь, снизит темпы роста ВВП на душу населения.

По мере снижения поступлений налоговых доходов в результате сокращения численности трудоспособного населения, а также роста нужд и потребностей стареющего населения, государство будет вынуждено ужесточить бюджетную политику.

Несистемность проводимых реформ и является основной причиной провала перехода от государственной к социально-страховой модели организации системы здравоохранения. Страховая медицина в России существовала (и существует) только по названию, практически ничего общего не имея с зарубежными аналогами. Под этим наименованием фактически полностью сохранена прежняя схема бюджетного финансирования.

Весь 15-летний период реализации Закона о медицинском страховании показал, что обязательное медицинское страхование в силу недофинансирования его, неспособно выполнять свои основные функции:

- финансировать медицинские учреждения с учетом потребности населения (включая профилактику и диспансеризацию), современных требований к медицинскому процессу и реальных затрат;
- обеспечивать качество оказания медицинских услуг на основе профессиональных стандартов;
- обеспечивать адекватную оплату труда медицинским работникам с

учетом объема, сложности и качества выполняемой работы.

Характеризуя современное состояние здравоохранения и его роль в экономике страны, следует выделить характерные особенности основных элементов системы здравоохранения с учётом его финансирования, управления и контроля качества лечения и затрат, а также инноваций и конкурентной среды, поскольку эти подсистемы играют важнейшую роль в формировании инновационного подхода к управлению затратами и ресурсами.

Таблица 1.1

Характерные особенности основных элементов системы здравоохранения

Подсистема	До реформы	После реформы
Финансирование	Централизованная система финансирования ЛПУ из федерального бюджета	Консолидация средств из различных источников: бюджеты всех уровней, фонды обязательного медицинского страхования, взносы по добровольному медицинскому страхованию, личные средства
Управление и контроль качества лечения и затрат	Прямой, но не эффективный контроль. Судебная процедура практически отсутствует, а внутри врачебного сообщества действует сильная корпоративная солидарность, не позволяющая осуществлять «внешний контроль качества»	СМО не имеют финансовой заинтересованности в осуществлении контроля за качеством лечения и затратами. Экспертиза осуществляется «формально», корпоративная солидарность имеет большое значение. Судебная процедура практически отсутствует
Планирование	Директивное планирование, основанное на усредненных нормах использования койко-места (условных посещений поликлиники)	Директивное планирование, основанное на усредненных нормах использования койко-места (условных посещений поликлиники)
Мотивация и материальное стимулирование	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количества коек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного» свидетельства его квалификации	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количества коек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного» свидетельства его квалификации
Инновации, конкурентная среда	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно

В первую очередь были выделены характерные особенности подсистемы финансирования, так как данная подсистема подверглась наибольшему видоиз-

менению в процессе реформ, а также был выявлен ряд серьезных недостатков, являющихся, по сути, последствиями воздействия процессов реформирования данной отрасли, а именно:

1. Отсутствие долгосрочной стратегии динамического роста макрорасходов на здравоохранение, обеспечивающей эффективное его развитие.

2. Наличие значительного дефицита финансовых ресурсов в исследуемой системе.

3. Отсутствие механизма эффективного использования уже имеющегося ограниченного объема финансовых средств.

4. Наличие многоканального механизма поступления и распределения финансовых ресурсов, значительно усложняющего деятельность исследуемой системы и снижающая прозрачность финансовых потоков.

5. Наличие дисбаланса между финансовым обеспечением и существующим объемом государственных обязательств по предоставлению бесплатных медицинских услуг населению.

6. Наличие значительной дифференциации регионов РФ как по механизмам поступления и распределения финансовых ресурсов, так и по уровню финансового обеспечения территориальных ПТГ.

7. Несовершенство существующего механизма финансирования государственных гарантий оказания бесплатных медицинских услуг населению, не позволяющего установить зависимость размера оплаты от качества оказанных услуг.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики были определены основные тенденции финансирования здравоохранения в РФ в рамках основных источников поступления финансовых средств, а именно:

- в период 1990-2000 гг. доля государственных расходов сократилась практически вдвое и составила 56,5% от уровня суммарных расходов на здравоохранение;

- в период 2001-2006 гг. доля государственных расходов постепенно увеличивалась и в 2006 году составила 60,1% от уровня суммарных расходов на здравоохранение.

Такая динамика расходов свидетельствует, во-первых, о нарастающих масштабах неудовлетворенной потребности в бесплатной медицинской помощи, во-вторых, об утрате контроля за соблюдением государственных гарантий. Наличие данных особенностей, в свою очередь, позволяет сделать вывод о том, что переход к коммерческой схеме финансирования ЛПУ не удался.

Существующий в настоящий момент времени механизм финансирования, по сути, является бюджетно-страховым, что и предопределяет соответствующую многоканальность входящих в его состав финансовых потоков и увеличение числа организационных структур, направляющих данные потоки, схема которых представлена на рис 1.2.

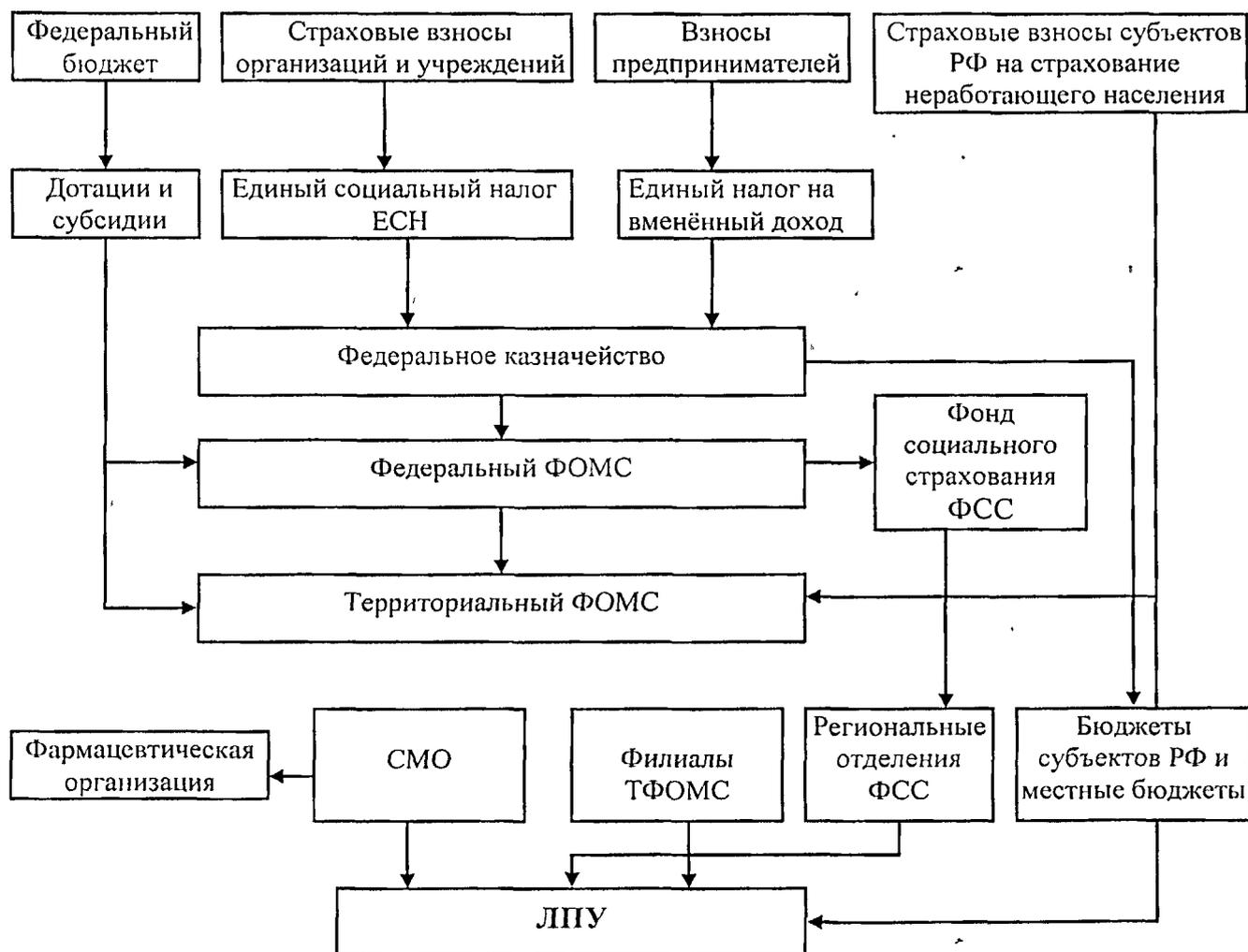


Рис. 1.2 Схема движения финансовых потоков в системе здравоохранения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что процесс управления современным здравоохранением представляет собой сочетание директивных и экономических элементов, формирующих следующие негативные признаки:

- отсутствует четкое распределение обязанностей и ответственности органов государственного и муниципального управления здравоохранением по иерархическим уровням;

- не обеспечены рациональное разграничение полномочий и координация действий властных структур разного уровня;

- ослаблено взаимодействие между отдельными уровнями оказания медицинской помощи и службами здравоохранения, сужаются возможности органов управления здравоохранением субъектов Федерации по проведению целенаправленной политики в области охраны здоровья;

- крайняя неравномерность и дублирование функций в сети ЛПУ (муниципальные, ведомственные, специализированные и т.п.) в отдельных городах и районах;

- действующая сеть ЛПУ все в меньшей степени соответствует реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов.

На уровне субъекта РФ, как правило, управляемой является лишь часть региональной системы здравоохранения. Управление осуществляется преимущественно административными методами, однако возможность их применения базируется на экономической зависимости муниципальных образований от региональной власти. Государство, обеспечивая законодательную базу, призвано проводить мониторинг здоровья населения, как источника трудовых ресурсов, регулировать распределение ресурсов, стабилизировать экономику, поддерживать конкуренцию на товарном рынке и тем самым способствовать росту доходов и материальных благ членов общества. В этой части важнейшей экономической функцией здравоохранения является сохранение и воспроизводство здоровья населения [55, 56].

При этом под охраной здоровья населения понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического

здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Схема деятельности, связанной с охраной здоровья, представлена на рисунке 1.3.

Как видно из рисунка, здоровье населения является объектом управления со стороны следующих субъектов: органов управления административно-территориальных образований, организаций и учреждений, связанных с охраной здоровья и производственной деятельностью. В целом система здравоохранения нацелена на сохранение и воспроизводство здоровья населения путем использования ресурсного потенциала бюджета территории, средств обязательного медицинского страхования - ОМС, добровольного медицинского страхования - ДМС и платных медицинских услуг.



Рис 1.3 Модель деятельности, связанной с охраной здоровья.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что основными резервами сохранения и воспроизводства здоровья населения могут явиться:

1. Разработка государственной политики на всех уровнях управления административно-территориальных образований, координация деятельности ведомств,

организаций и учреждений различных форм собственности по реализации приоритетных стратегических направлений в области охраны здоровья.

2. Экономическая заинтересованность работодателя любой формы собственности в охране здоровья работников через налоговые льготы и пр.

3. Повышение качества жизни, санитарно-гигиеническое просвещение, воспитание здорового образа жизни у населения.

4. Повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги населению.

Для реализации поставленных задач необходимо выработать четкую стратегию охраны здоровья населения, которая должна реализовываться в несколько этапов :

- Формирование стратегии по охране здоровья населения на региональном уровне как основы государственной политики.
- Разработка программы по сохранению и воспроизводству здоровья населения региона, включающей все субъекты управления здравоохранительной деятельностью.
- Организация системы мониторинга для сопровождения данной программы и оценки ее эффективности .

Организация деятельности по охране здоровья на уровне региона или муниципального образования можно представить в следующем виде (рис. 1.4).

В соответствии с принятым законодательством на субъекты Федерации возложена обязанность принятия законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением в области охраны здоровья граждан; защита прав человека в области охраны здоровья; разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения; право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти; участие в осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи в порядке, установленном федеральным органом испол-

нительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации; оказание населению специализированных видов медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, психиатрических и онкологических диспансерах и др.

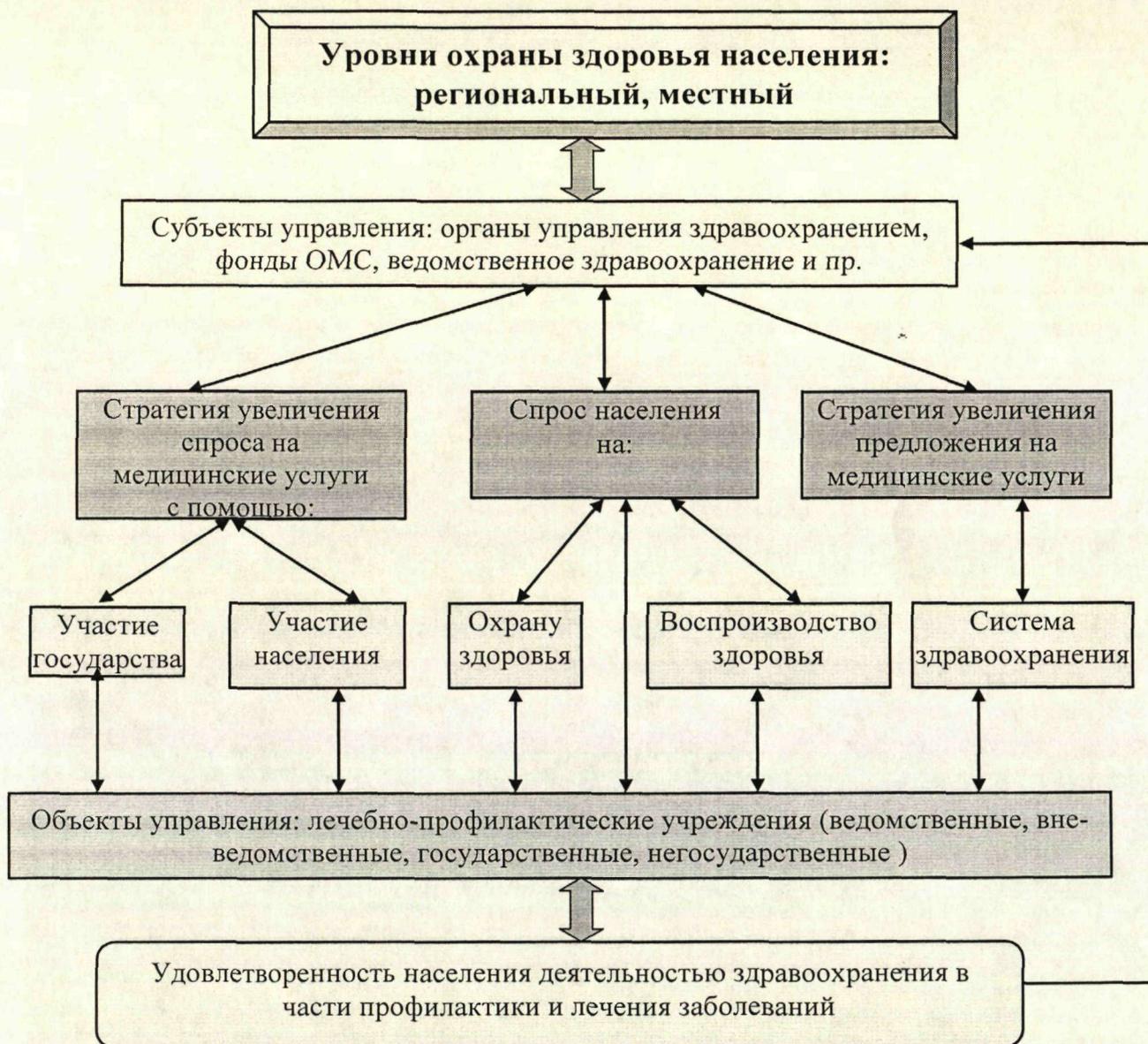


Рис. 1.4 Организация деятельности по охране здоровья на уровне региона или муниципального образования

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся: контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан; защита прав человека в области охраны здоровья; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение ха-

рактера и объема их деятельности; организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях; оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов и скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории и др.

Решение проблемы охраны здоровья населения в сфере здравоохранения включает в себя выделение субъектов и объектов управления, выбор приоритетов, формирование стратегий и программ охраны здоровья, их ресурсное и технологическое обеспечение, достижение показателей результативности и эффективности.

Для таких субъектов управления, как органы управления административно-территориальных образований, органы управления социальной защиты и социального страхования, страховые компании, Росздравнадзор, органы управления в правоохранительной сфере, органы управления в области охраны окружающей среды стратегии здравоохранной деятельности должны формироваться преимущественно в области профилактики заболеваний - «охрана здоровья здоровых», которые приводят к ограничению спроса населения на медицинские услуги.

В компетенции указанных субъектов находится контроль за такими факторами, как: качество питания и питьевой воды, чистота воздуха, обеспечение благоустроенным жильем, возможность заниматься спортом, занятость население, своевременное получение заработной платы и прочие факторы, составляющие понятие качество жизни.

Для координации этой деятельности формируются межведомственные комиссии (координационные Советы) по охране здоровья граждан и здравоохранению на всех уровнях управления. Задачи комиссии (Совета) — это выбор приоритетов, разработка стратегии и программ по охране здоровья населения,

их правовое, ресурсное, технологическое и информационное обеспечение, а также анализ и контроль за исполнением принятых решений.

Все эти мероприятия должны приводить к сдерживанию спроса населения на медицинскую помощь и уменьшать нагрузку на систему здравоохранения.

Сфера производства медицинских услуг или собственно медицина занимается лечением больных, но здоровья в широком смысле не дает, т.к. она не способна в полном объеме влиять на образ жизни, а в конечном итоге на качество жизни [24, 84].

В современных условиях реформирование сферы производства медицинских услуг направлено на инновационное развитие отрасли, эффективное использование существующей ресурсной базы при сохранении и повышении качества и эффективности медицинской помощи населению.

Однако опыт показывает, что низкий уровень жизни значительной части населения, социальное иждивенчество, низкая санитарная грамотность населения, отсутствия у части населения мотивации к сохранению и воспроизводству своего здоровья не позволят в ближайшее время добиться существенного успеха в профилактике заболеваний. Это означает, что «нагрузка» на здравоохранение будет возрастать.

Следовательно, основные резервы эффективного использования ресурсов здравоохранения будут концентрироваться непосредственно в самой системе здравоохранения, в том числе непосредственно в сфере производства медицинских услуг.

1.2 Обоснование необходимости инновационного подхода к управлению затратами государственных учреждений здравоохранения

Советская система здравоохранения формировалась, главным образом, как компонент инфраструктуры индустриального производства, ориентированного, прежде всего, на военные нужды. Это способствовало развитию «ведом-

ственной» и «номенклатурной» медицины, на которые приходилось соответственно 20% и 30% бюджета здравоохранения страны.

Планирование здравоохранения осуществлялось на основе так называемых представительных характеристик, среди которых главными были число больничных коек и численность врачей (врачебных должностей), что отражало ее экстенсивный путь развития. Так, в 1988 г. в США на 10 тыс. жителей приходилось 27,2 врача и 51,2 больничных коек, а в СССР - 43,8 врача и 131,3 больничные койки.

В то же время в СССР здравоохранение характеризовалось колоссальными структурными диспропорциями. В 1990 г., по данным Мирового банка, подушевые расходы на здравоохранение в СССР составляли 49,2 % от среднемирового уровня или 5,7 % от уровня США, 6,8 % - от уровня Швеции, 8,5 % - от уровня Франции, 10,3 % - от уровня Японии, 15% - от уровня Великобритании. По этому показателю СССР был в то время близок к Бразилии и лишь в 1,5 раза превосходил средний уровень стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Обращал на себя внимание и тот факт, что в технологическом отношении советское здравоохранение было в целом несопоставимо с западным здравоохранением. В 1979 г. стоимость больничного оборудования на одну больничную койку в здравоохранении составлял 350 руб., а в США - 70 тыс. дол. Значительно худшим, чем в любой из стран Запада, было соотношение госпитальной и амбулаторно-поликлинической помощи. Стационарная помощь в общем объеме лечебно-профилактического обслуживания до настоящего времени составляет 65-70 %, в Западной Европе - 35-50 %. Доля врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, составляет 20-25%, в Западной Европе - 60-65%).

Фактическая обеспеченность ресурсами соответствовала скорее уровню развивающихся, чем развитых стран.

Структура ресурсов и эффективность их использования были неудовлетворительными.

Медицинские учреждения функционировали исключительно на основе сметного финансирования на сетевые показатели.

В этих условиях задачи реформирования отрасли заключались в том, чтобы перераспределить государственные инвестиции с расширения сети лечебно-профилактических учреждений на ее техническое перевооружение, а также сформировать прозрачный и относительно простой механизм государственного финансирования общедоступной медицинской помощи, стимулируя выбор наиболее экономичных вариантов.

Указанные задачи не были выполнены. Отрасль сохранила структурную неэффективность, техническое и технологическое отставание.

Новый этап институциональных преобразований был связан с формированием в 1993 году системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Предполагалось решить две задачи. Первая - обеспечить бесперебойное финансирование здравоохранения в размерах, минимально необходимых с точки зрения принадлежности России к числу мировых лидеров в области медицинского обслуживания. Вторая — кардинально повысить эффективность и качество медицинского обслуживания за счет создания конкурентной среды между страховщиками и непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями.

Предполагалось, что размер страхового взноса составит в пределах 10,8-11,0% от фонда оплаты труда. Однако в итоге норматив составил только 3,6%, а с 01.01.2005 года - 2,8%. Кроме того, в систему ОМС направлялись взносы субъектов Федерации и органов местного самоуправления на страхование неработающего населения. При этом порядок и размеры взноса определялись самими администрациями. В конечном итоге подобный механизм финансирования системы ОМС привел к существенному дефициту средств и дисбалансу финансовых ресурсов и обязательств.

Новой попыткой сформировать эффективный механизм функционирования отрасли стала Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в

Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства от 05.11.1997 №1387 [9].

Целью Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации явилось сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Основными задачами Концепции явились увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний, сокращения сроков восстановления утраченного здоровья и повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В Концепции признано, что в сложившихся условиях важное значение приобретают:

- обеспечение адекватности финансовых ресурсов объемам государственных гарантий, поэтапное повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения, до 6-7% от валового внутреннего продукта;

- совершенствование методики установления тарифов на медицинские услуги;

- развитие негосударственного сектора в здравоохранении;

- проведение инвестиционной инновационной политики, обеспечивающей высокую эффективность вложений - максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат и пр.

В 1998 г. Концепция была подкреплена постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.98 № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». В рамках данной Программы сделана первая попытка сбалансировать обязательства государства и ресурсное обеспечение по их исполнению.

Однако и на данном этапе запланированные мероприятия не привели к ожидаемым результатам. В Российской Федерации продолжала ухудшаться медико-демографическая ситуация, уменьшалась продолжительность жизни населения, снижалась рождаемость, и, наоборот, отмечался рост смертности насе-

ления. В этот же период времени в здравоохранении Российской Федерации сохранялся дефицит (40-50%) программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, неоправданно медленными темпами осуществлялись структурные преобразования, нарастал износ основных производственных фондов лечебно-профилактических учреждений, сохранялся отток кадров из отрасли.

В этой связи группой ученых и организаторов здравоохранения был разработан план мероприятий по реализации Концепции развития здравоохранения на 2001-2005 гг. и на период до 2010 года, который был полностью увязан с правительственной программой социально-экономического развития Российской Федерации на 2001-2005 гг. и на период до 2010 года. В программе Правительства Российской Федерации были выделены главные причины неэффективного использования ресурсов в здравоохранении:

- неупорядоченность многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств бюджетов всех уровней и системы ОМС;

- сохранение принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений из бюджета в расчете на ресурсные показатели (кочный фонд, штаты и пр.) вне зависимости от реальной работы медицинских организаций;

- отсутствие стимулов у лечебно-профилактических учреждений к проведению реструктуризации и эффективному использованию ресурсов;

- неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов ОМС, ослабление функции стратегического и текущего планирования в их деятельности.

В сентябре 2005 года Президентом Российской Федерации было объявлено о приоритетных национальных проектах: здравоохранение, образование, доступное жилье и развитие агропромышленного комплекса.

Предпосылками для Национального проекта в здравоохранении России явились: негативные медико-демографические тенденции; низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную

медико-санитарную помощь; недостаточное развитие профилактического направления в здравоохранении; высокий уровень износа основных производственных фондов; низкий уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Приоритетами Национального проекта являются: развитие первичной медико-санитарной помощи; развитие профилактического направления медицинской помощи; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. На реализацию проекта в 2006-2007 гг. в Российской Федерации выделено из федерального бюджета почти 146 млрд. руб., в т.ч. в 2006 г. - 58 млрд. руб. и в 2007 г. — 88 млрд. руб.

Общеизвестно, что к настоящему времени в экономически развитых государствах сложились три основные формы финансирования здравоохранения [15, 45, 75, 98, 119,107]:

1. Преимущественно частнопредпринимательская (главным образом в США).
2. Преимущественно страховая (Западная Европа, Япония).
3. Преимущественно государственная (Великобритания, Швеция).

Вместе с тем ни одна из существующих моделей здравоохранения не существует в чистом виде, каждая использует элементы других форм.

В государствах с преимущественно государственной системой здравоохранения (Великобритания) средства обязательного медицинского страхования передаются финансирующим органам (государственным страховщикам), которым принадлежат медицинские учреждения. Отсюда следует жесткое государственное планирование, которое полностью вытесняет рыночные отношения из государственной системы медицинского страхования. Финансирующая сторона выплачивает заработную плату врачам, а остальные расходы финансирует по статьям заранее запланированной сметы доходов и расходов медицинских организаций. Для пациента лечение полностью бесплатное, что создает стимулы для перепотребления медицинской помощи. В то же время врачи не имеют стимула ни к повышению качества медицинской помощи, ни к эффек-

тивному использованию ресурсов [88, 94]. Для устранения указанных недостатков в государственной системе здравоохранения Великобритании в начале 90-х годов началась реформа, нацеленная на формирование рынка медицинских услуг.

В Японии медицинская помощь оказывается через систему медицинского страхования. Основное направление государственного планирования осуществляется через гибкую систему тарифов. Часть медицинской помощи оплачивается непосредственно самим пациентом (от 10 до 30%). Достаточно близкая система оплаты медицинской помощи наблюдается и во Франции.

На страхование выделяются, как правило, средства из трех источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей и взносы самих работников. По преобладающему источнику доходы на ОМС страны можно разделить на четыре группы [45]:

- страны, где финансирование осуществляется в основном за счет государства (Дания, Франция, Япония);
- страны, где преобладает доля отчислений работодателей (Италия, Бельгия, Россия);
- страны, где преобладают средства работника (Швейцария);
- страны с паритетным участием работодателей и работников (Германия, Нидерланды).

Статья 10 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан выделяет следующие источники финансирования:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- доходы от ценных бумаг;

- кредиты банков и других кредиторов;
- безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

(Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 г. № 5487-1).

Однако до настоящего времени в здравоохранении Российской Федерации преимущественно существуют четыре основных источника финансирования:

- бюджет (федеральный, региональный, муниципальный).
- система обязательного медицинского страхования.
- добровольное медицинское страхование.
- платные медицинские услуги.

В Российской Федерации финансирование лечебных учреждений сохраняет в себе элементы двух экономических моделей: государственной бюджетно-сметной и страховой [18, 57, 117].

Государственная бюджетно-сметная система финансирования здравоохранения ориентирована на оплату содержания сети медицинских учреждений. Это способствует увеличению вложений в основные производственные фонды через расширение сети, строительство новых и увеличение мощности существующих учреждений здравоохранения, но при этом «замораживаются» процессы их интенсивного использования. Финансирование идет не на удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, а на обслуживание (содержание) лечебно-профилактических учреждений [56].

Страховая модель предполагает оплату за объем оказанной помощи. Это создает для лечебных учреждений объективную мотивацию повышения интенсивности работы, увеличения объема оказанных услуг. При этом лечебно-профилактические учреждения заинтересованы в проведении реструктуризации видов и объемов услуг, а также сети учреждений здравоохранения, в первую очередь за счет увеличения дорогостоящих услуг. Это ведет к наращиванию

объемов госпитальной помощи при одновременном снижении объемов помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Следовательно, существующие бюджетно-сметная и страховая модели финансирования учреждений здравоохранения в Российской Федерации не в полной мере соответствуют целям и задачам инновационного развития отрасли, не формируют механизмы эффективного использования ресурсов и снижения затрат, сдерживают структурную реорганизацию отрасли и в конечном итоге оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи населению.

Всё сказанное выше и явилось основанием для разработки инновационных подходов к управлению ресурсами и, соответственно, затратами в учреждениях здравоохранения.

В экономической литературе встречаются разнообразные определения категории «инновация». Ученые трактуют ее в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Наиболее известные определения принадлежат таким авторам как Й. Шумпетер, И. Перлаки, В. Хартман, Б. Твисс, Б. Санто, В. Колосов, С. Ильенкова, В. Бурков, В. Шапиро, В. Воропаев и др.

Понятие «инновации» произошло от английского слова «innovation», перевод которого на русский язык означает «нововведение», или «новшество».

По мнению Л.Ф. Шайбаковой, «инновация - это изменение в продукте, технике, технологии, материализующее новое научное знание, а также формирующее новый способ удовлетворения сложившихся общественных потребностей, либо создающее новые» [120]. В мировой экономической практике понятие «инновация» интерпретируется как процесс превращения потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях [86]. В экономической литературе встречаются и другие определения понятий «инновация» и «нововведение» [52, 86].

Нами для целей дальнейшего исследования принято определение понятия инновации, как конечного результата инновационной деятельности, получившего реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта, реали-

зуемого на рынке, нового или усовершенствованного технологического процесса, используемого в практической деятельности.

В здравоохранении под инновациями следует понимать целенаправленные преобразования в отрасли, в т.ч. в ее организационной структуре и экономическом механизме, направленные на повышение эффективности использования ресурсов и снижения затрат, улучшения качества оказания медицинской помощи, а также наибольшее удовлетворение потребности населения в услугах здравоохранения. Применительно к выполняемой работе можно говорить о процессной инновации, затрагивающей усовершенствование организации производства медицинских услуг, сопровождающееся снижением затрат и ростом финансовых результатов.

Содержанием инноваций являются инновационный подход, инновационные процессы и инновационная деятельность [53].

Под инновационным подходом в здравоохранении мы понимаем совокупность научных знаний, норм и правил, методологических и методических разработок, которые позволяют определить предпосылки, приоритеты, цели, задачи и основные мероприятия по развитию отрасли для достижения целевых показателей, направленных на дальнейшее повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению, а также эффективное использование ресурсов и снижение затрат в системе здравоохранения.

Соответственно под инновационным процессом в здравоохранении следует понимать преобразование научных знаний или разработанного научно-методического инструментария в инновацию, которую можно представить как цепь событий (например, создание, освоение и распространение нововведений), в ходе которых инновация вызревает от идеи до конкретного продукта, технологии или услуги, отражающих более высокий уровень функционирования и эффективности деятельности системы здравоохранения.

Инновационная деятельность в здравоохранении - это деятельность, направленная на использование научных знаний для усовершенствования организации оказания медицинской помощи населению с целью повышения каче-

ства и эффективности оказания медицинских услуг, а также эффективного использования ресурсов здравоохранения. Инновационная деятельность, связанная с капитальными вложениями в инновации, называется инновационно-инвестиционной деятельностью.

Важнейшими направлениями государственной политики в области инновационного развития здравоохранения являются:

- формирование региональной инновационной системы здравоохранения в целях реализации стратегических национальных приоритетов страны и региона.

- ориентация деятельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения на конечный результат.

Управление инновационной деятельностью в системе здравоохранения (учреждениях здравоохранения) на основе системного подхода, который делает возможным комплексное изучение системы здравоохранения как единого целого с изучением его структурных компонентов (подсистемы, элементы), взаимосвязей и финансово-экономических отношений, выявлением роли каждого структурного компонента в инновационной деятельности.

Содержанием инновационного процесса в здравоохранении являются:

- цели и задачи управления инновационной деятельностью в системе здравоохранения и учреждениях здравоохранения;

- организационная инфраструктура здравоохранения и учреждений здравоохранения с выделением объектов и субъектов управления;

- финансово-экономические отношения между субъектами и объектами организационной инфраструктуры здравоохранения;

- методы и правила финансирования (прямое бюджетное финансирование, финансирование на основе финансовых нормативов - тарифы Приморского краевого фонда обязательного медицинского страхования);

- налогообложение учреждений здравоохранения, занимающихся предпринимательской деятельностью;

- методы регулирования деятельности учреждений здравоохранения: бюджетные ограничения (смета доходов и расходов, тарифы на медицинские услуги), нормативы объемов оказания медицинской помощи населению (в расчете на 1000 человек) в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

- структурно-организационные стандарты (медицинские паспорта районов, паспорта учреждений здравоохранения, требования к организации и табели оснащений учреждений здравоохранения и пр.) ;

- технологические стандарты оказания медицинской помощи;

- модели конечных результатов деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения (целевые показатели) ;

- методы экономического анализа, в том числе финансового, управленческого и комплексного анализа финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения;

- методы финансового контроля и аудита эффективности;

- нормативное правовое, методическое и информационно-аналитическое обеспечение инновационного механизма в здравоохранении.

Применительно к рассматриваемой проблеме можно говорить о растущей потребности населения в услугах здравоохранения более высокого качества, удовлетворении новой потребности на основе разработки концепции инновационного развития здравоохранения, разработки и внедрении новых или усовершенствования существующих организационных и медицинских технологий.

Содержанием инновационного подхода к управлению затратами в учреждениях здравоохранения является концепция развития, включающая предпосылки, приоритеты, цели, задачи и сценарии их развития. Кроме того, инновационный подход включает в себя предложения по оптимизации структуры затрат, правильности распределения фактических расходов (затрат) по структурным отделениям, целесообразности отнесения затрат на конкретные виды деятельности, услуг, определения методов калькулирования себестоимости, кон-

тролирование и планирование денежных потоков, построение эффективной системы управления затратами.

Среди основных принципов бюджетной системы Российской Федерации заявлены «эффективность и экономность расходования бюджетных средств, необходимость достижения при составлении и исполнении бюджетов заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств» [1].

В целях повышения эффективности расходования бюджетных средств и оптимизации управления государственными расходами Правительством Российской Федерации была одобрена Концепция реформирования бюджетного процесса в 2004-2006 гг. В соответствии с ней при планировании и исполнении бюджета с 2005 года должен применяться альтернативный метод реализации бюджетной политики - бюджетирование [76, 4].

Существуют различные определения бюджетирования [105, 127, 142].

Мы отдаем предпочтение определению бюджетирования как процессу регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния, нацеленного на достижение результата [61].

Применительно к учреждениям здравоохранения под бюджетированием следует понимать процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния учреждений здравоохранения, нацеленных на достижение качества здоровья в популяции, а также обеспечение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

Выделяют следующие функции бюджетирования: прогнозную, координирующую, регулирующую, нормативную, учетную, контрольную, информационно-аналитическую, регламентирующую (разграничение полномочий и ответственности между уровнями руководства) [25].

Ключевое место в бюджетировании занимают финансовая модель бюджетирования, финансовая структура и контроль [60, 61].

Под финансовой моделью бюджетирования понимается методика планирования, учета, контроля и анализа исполнения бюджетов. Методика должна включать в себя систему нормативов и ограничений, управленческую политику, модель каждого бюджета и модель консолидированного бюджета.

В качестве основных целей системы бюджетирования в учреждениях здравоохранения можно выделить:

- прогноз финансово-экономического состояния учреждений здравоохранения с учетом социально-экономического положения в регионе. Содержанием прогноза являются: социально-экономическая ситуация в регионе, тенденции основных финансово-экономических показателей, учет факторов внутренней и внешней среды.

- разработка, согласование и утверждение плановых показателей деятельности учреждений здравоохранения: постановка объемных (объемы деятельности) и финансово-экономических целей, разработка проектов операционных и функциональных бюджетов, формирование финансовой модели бюджетирования, согласование и утверждение бюджетов.

- закрепление финансовых полномочий и ответственности за участниками процесса бюджетирования учреждений здравоохранения. Данный раздел включает в себя финансово-экономическую структуру, финансово-экономическую модель и финансово-экономические показатели учреждений здравоохранения.

- учет, анализ и контроль финансово-экономического состояния учреждений здравоохранения.

При переходе на программно-целевое бюджетирование в здравоохранении появляется возможность своевременно корректировать программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, а также гибко перераспределять средства с учетом хода реализации программы.

Таблица 1.2.

Перечень целевых показателей оценки деятельности
государственных учреждений здравоохранения (ГУЗ)

№ п/п	Показатели
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы помощи)</i>	
1	Стационарная помощь (к-дн. на 1 чел в год)
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1 чел в год)
3	Дневные стационары (пациенто-дн. на 1 чел в год)
4	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1 чел.)
5	Квоты в федеральных учреждениях (пролечено больных)
<i>Оценка выполнения государственного плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (финансирование)</i>	
6	Финансирование (млн. руб.), в том числе:
7	За счет средств бюджета (млн. руб.), в том числе:
7.1	- федерального
7.2	- краевого
7.3	- муниципального
8	За счет средств ОМС (млн. руб.)
9	За счет предпринимательской деятельности (млн руб.)
10	Подушевое финансирование (руб.)
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>	
11	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных.)
12	Перинатальная смертность (на 1000 родов)
13	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудо-
14	способном возрасте)
15	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)
16	Охват периодическими осмотрами (%)
17	Охват профилактическими осмотрами (%)
18	Охват профилактическими прививками (%)
19	Удельный вес посещений в поликлинику с профилактической целью (%)
20	Охват диспансерным наблюдением работающего населения в возрасте 35-55 лет(%)
21	Удельный вес лиц, достигших целевого значения артериального давления (%)
22	Удельный вес больных СД, достигших уровня гликозилированного гемоглобина не более 7,6%
23	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)
24	Заболеваемость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)
25	Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс. нас.)

Расширение горизонта бюджетного планирования позволит сформировать четкую систему критериев и индикаторов оценки эффективности деятельности органов управления учреждений здравоохранения, обеспечить объективность оценки результатов реализации программы, оптимизировать струк-

туру затрат и наметить примерный перечень целевых показателей оценки деятельности учреждений здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования.

Участники процесса бюджетирования - список лиц или подразделений, которые непосредственно задействованы в системе бюджетного управления и отвечающие за выполнение определенных функций бюджетирования. В учреждениях здравоохранения - это главный врач, его заместители, в том числе главный бухгалтер (финансовый директор), заместитель по экономическим вопросам, заведующие или руководители подразделений.

Объекты бюджетирования - структурный элемент учреждения здравоохранения, по определенным финансово-экономическим показателям которого периодически проводится планирование, учет, анализ и контроль.

Организационный регламент бюджетирования - документ, регламентирующий порядок выполнения функций бюджетирования, включает в себя закрепление функций бюджетирования за участниками процесса бюджетирования, периоды бюджетирования и сроки подготовки бюджетов.

В этом случае регламент бюджетирования при планировании деятельности структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения будет включать в себя: планируемые мероприятия, например число пролеченных больных или количество исследований; планируемые затраты на основе финансовых нормативов; планируемые затраты в соответствии со статьями классификации расходов, показатели, характеризующие эффективность производственной и финансово-экономической деятельности учреждений здравоохранения.

Современное учреждение здравоохранения является сложной системой организационного управления. Сложность порождается, прежде всего, разнообразным характером его деятельности, включающей большое количество медицинских видов деятельности и целый ряд обслуживающих видов деятельности. Причем, все направления деятельности учреждения тесно взаимосвязаны, как на уровне технологических процессов, так и на организационном и финан-

совом уровнях. Эффективное управление лечебно-профилактическим учреждением предполагает разработку структуры управления затратами, адекватной структуре видов деятельности по количеству управленческого персонала, затрачиваемым материальным ресурсам и, в конечном итоге, по объему финансирования каждого вида деятельности. Это вызывает необходимость при расчете смет расходов на содержание учреждения здравоохранения определять величину расходов по каждому виду деятельности, а также по видам затрат по отделениям. Актуальность этой проблемы повышается в современных условиях, когда лечебно-профилактические учреждения активно включаются в систему рыночных отношений и имеются определенные трудности в формировании доходной части бюджета, как источника финансирования непромышленной сферы.

В тоже время методика исчисления затрат на содержание ЛПУ с выделением расходов по видам деятельности и структурным отделениям отсутствует.

Несмотря на то, что в сложившихся условиях любая организация здравоохранения старается активно участвовать в рыночных отношениях, их предпринимательскую деятельность отличает от предпринимательской деятельности обычных предприятий ряд особенностей. Главной особенностью является то, что эта деятельность носит (или должна носить) вспомогательный характер и мотивация ее направлена на компенсацию недостающих средств для поддержания и обновления основных фондов, для обеспечения возможности реализации потенциала сотрудников и для решения социальных задач коллектива учреждения. Главной целью организации предпринимательской деятельности в здравоохранении является, не максимизация прибыли, а оказание квалифицированной медицинской помощи населению. Поэтому сокращение затрат учреждений здравоохранения не должно сопровождаться снижением качества предоставляемых услуг.

Социально-экономическая эффективность здравоохранения имеет два аспекта: «внутренний» и «внешний». «Внутренний» непосредственный эффект достигается рациональным использованием ресурсов в отрасли здравоохране-

ния в целом, и в каждом лечебно-профилактическом учреждении в частности. Ситуация в сфере деятельности бюджетных учреждений, в частности в здравоохранении, требует повышения социально-экономической отдачи финансовых, материальных и трудовых ресурсов, в связи с этим немаловажной задачей является не только своевременное и качественное отражение в учете ГУЗа хозяйственного процесса, но и предоставление руководителю оперативной информации по всем видам деятельности с целью принятия рациональных и своевременных управленческих решений.

Органы управления затратами ГУЗа должны постоянно получать информацию следующего характера:

- какова структура доходов ГУЗа (по бюджетной и внебюджетной деятельности);
- как расходуются денежные средства в соответствии с лимитами бюджетных обязательств, сметами доходов и расходов и бюджетами отделений;
- как используются основные фонды и целевые назначения, материальные и трудовые ресурсы;
- как формируется себестоимость предоставляемых населению медицинских услуг;
- каковы виды фактических расходов, их распределение на прямые затраты и накладные расходы, на расходы отчетного и будущего периода;
- правильность распределения фактических расходов (затрат) по структурным отделениям;
- целесообразность отнесения затрат на конкретные виды деятельности, услуг;
- состояние конкурентоспособности ГУЗа;
- какова эффективность деятельности структурных отделений.

На основании получаемой информации, ценность которой заключается в ее оперативности, создастся постоянное информационное поле о деятельности ГУЗа, позволяющее руководителю любого уровня управления, в соответствии с его компетенцией:

- осуществлять контроль и прогнозирование доходов и расходов;
- контролировать и планировать денежные потоки;
- определять методы калькулирования себестоимости;
- составлять прогнозы финансово-хозяйственной деятельности учреждения на перспективу, учитывая новые виды деятельности и услуги;
- принимать управленческие решения, направленные на эффективное развитие деятельности ГУЗа.

Многие задачи можно решить и усилиями самих ГУЗов в рамках их расширяющихся полномочий на пути совершенствования экономических механизмов, их взаимодействия с быстро изменяющейся внешней средой, а также рационализации использования их внутренних ресурсов на основе построения эффективной системы управления затратами.

1.3 Инновационные подходы к управлению затратами в ГУЗе

Высокая конкуренция на рынке медицинских услуг, недостаточность бюджетного финансирования, постоянно меняющиеся условия функционирования на рынке медицинских услуг, а также другие проблемы муниципальных учреждений здравоохранения явились предпосылками к возникновению исследований в области управления затратами ГУЗов. Различные аспекты управления затратами ГУЗа отражены в трудах ряда ученых [11, 17, 19, 20, 22 и др.].

Анализ различных источников позволил выделить два подхода в управлении затратами в ГУЗе: инновационное и текущее управление. Инновационное управление связано с разработкой и внедрением новейших методов в управлении затратами, направлено на долгосрочную перспективу и предполагает определение ГУЗом целевых показателей (доли рынка, рентабельности, ROI), стратегий (путей достижения целей), предпосылок (предположений о поведении конкурентов и др. участников рынка) и мероприятий (Рисунок 1.5). Текущее управление конкретизирует долгосрочные планы, находится с ними в согласовании и позволяет проводить мониторинг затрат с целью их снижения.

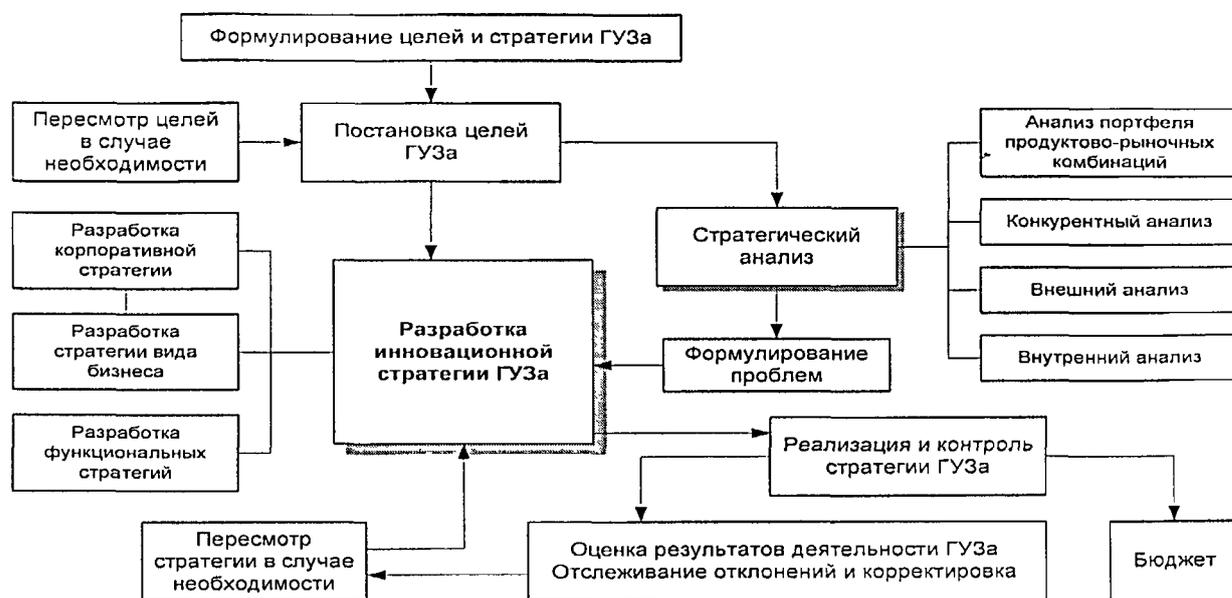


Рис. 1.5. Процесс инновационного управления ГУЗом

Главной задачей инновационного управления затратами ГУЗа является четкое определение его целей и задач, которых необходимо достигать путем управления затратами. Можно выделить пять подходов, связанных с инновационным управлением затратами ГУЗа. (Рис. 1.6)

По нашему мнению, данная классификация инновационных подходов к управлению затратами в ГУЗе не является исчерпывающей. В данном диссертационном исследовании мы постараемся расширить и более точно сформулировать направления оптимизации затрат согласно постоянно меняющимся условиям хозяйствования ГУЗов.

Инновационное управление затратами должно обеспечивать выполнение любого из названных подходов. Это может быть реализовано через создание либо механизма инновационного управления затратами, либо через создание нескольких механизмов, адекватных различным подходам.

В отечественной литературе, рассматривающей управление затратами в ГУЗе, основной акцент делается на предложения по усовершенствованию структуры управления затратами, закреплении за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [19, 62, 68 и др.].

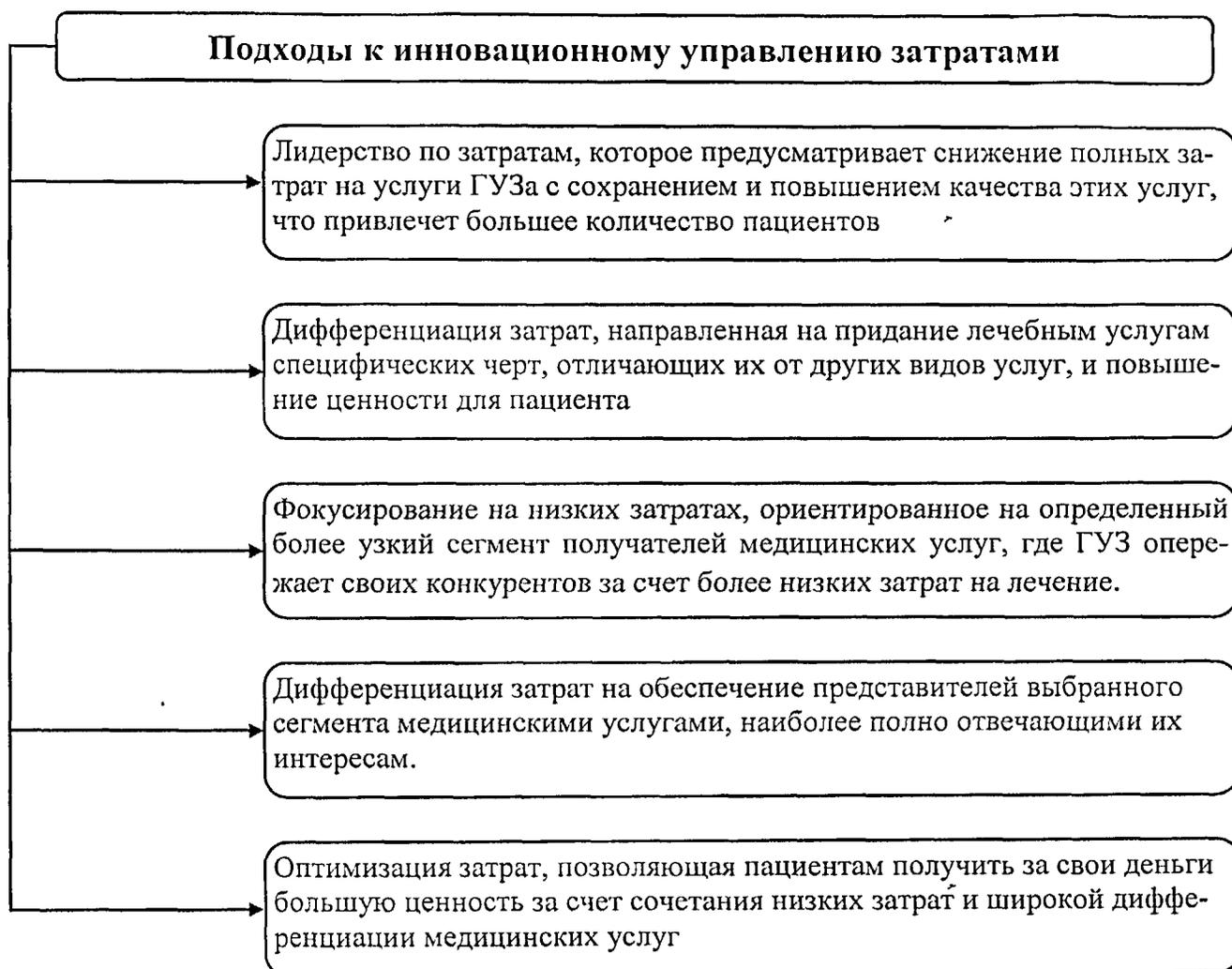


Рис. 1.6. Инновационные подходы к управлению затратами ГУЗа.

Существуют несколько видов организационных структур компании. С точки зрения управления ГУЗом рассматривается два основных типа организационных структур:

- централизованная в управлении (традиционная);
- децентрализованная в управлении (инновационная).

Эти типы принято называть линейно-функциональной и дивизиональной (матричной) структурой управления.

Сторонники первой модели предлагают жестко централизовать функции управления затратами и закрепить их за администрацией ГУЗа в целом, исключив децентрализацию управления затратами, осуществляемыми в отделениях учреждения, которые требуют индивидуального подхода и нестандартных решений. В данной модели упор делается на механизм распределения полученных ГУЗом средств между его отделениями. Для этого предлагается составле-

ние плановым управлением совместно с заведующими отделений смет расходов этих отделений с учетом повышающих коэффициентов, основанных на превышении стоимости контрактов отделений над некой средней по ГУЗу плановой стоимостью контракта. Все сметы по всем отделениям утверждаются заместителями Гласного врача и Главным врачом ГУЗа. На их основе распределяются средства централизованного денежного фонда ГУЗа, при этом, если у отделений наступает ситуация «недофинансирования», то данная ситуация решается путем секвестирования некоторых статей расходов у отделений с полным финансированием.

С нашей точки зрения главными недостатками такой модели являются следующие (Рис. 1.7.)



Рис. 1.7. Недостатки централизованной системы управления затратами ГУЗа.

Сторонники второй (инновационной) модели [19, 68] предлагают построить систему управления затратами в ГУЗе на основе выделения в нем центров ответственности - структурных подразделений наделенных определенными полномочиями в принятии управленческих решений и ответственностью за надлежащее их исполнение.

При выделении в ГУЗе центров ответственности рядом авторов предлагается использовать бюджетирование [19, 68 и др.]. Бюджетирование — это метод сбора и обработки информации о доходах и расходах по центрам ответственности.

Пример разработки системы бюджетирования ГУЗа представлен на рисунке 1.8.

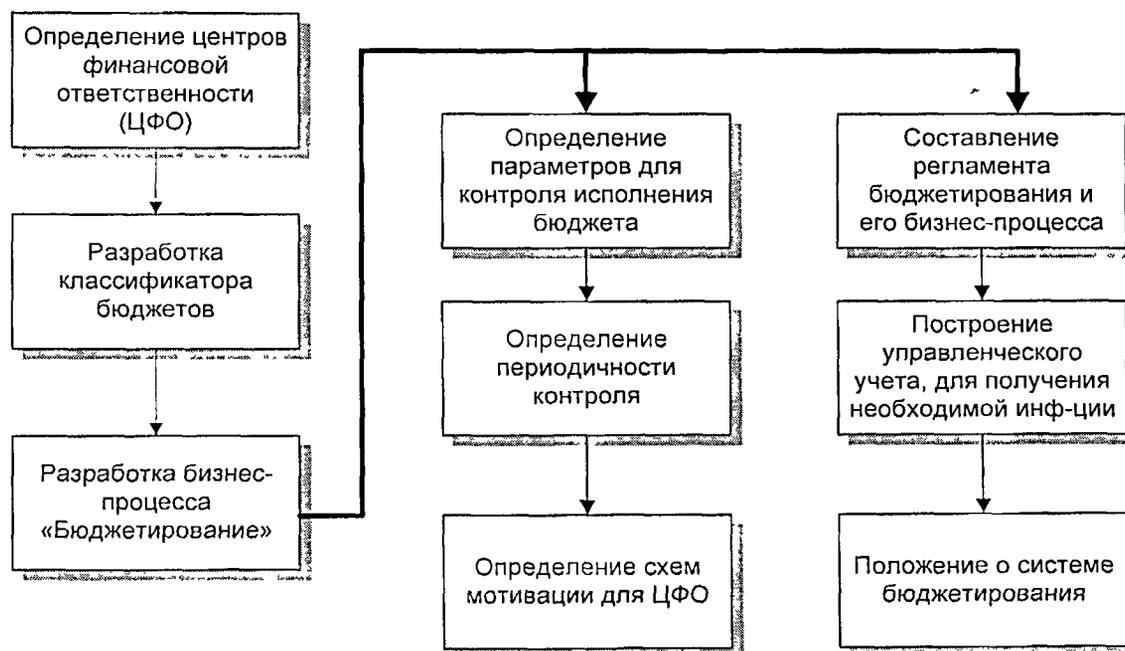


Рис. 1.8. Разработка системы бюджетирования ГУЗа

Обычно используют два основных методических подхода к бюджетированию:

- построение бюджетов на основе финансовой структуризации — бюджетирование по ЦФО;
- построение бюджетов на основе выделения бизнес-процессов (видов деятельности) — АВВ-бюджетирование.

Примерная система бюджетов ГУЗа представлена в таблице 1.3.

Примерная система бюджетов ГУЗа

Бюджеты	Размер бюджетов структурных отделений						Сводный бюджет
	Основные (медицинские) отделения			Вспомогательные (немедицинские) отделения			
	1	2	3	4	5	6	
Фонд оплаты труда	ФОТ 1	ФОТ 2	ФОТ 3	ФОТ 4	ФОТ 5	ФОТ 6	Σ ФОТ
Материальные запасы	МЗ 1	МЗ 2	МЗ 3	МЗ 4	МЗ 5	МЗ 6	Σ МЗ
Накладные расходы	НР 1	НР 2	НР 3	НР 4	НР 5	НР 6	Σ НР
Прочие расходы	ПР 1	ПР 2	ПР 3	ПР 4	ПР 5	ПР 6	Σ ПР
ИТОГО	Σ 1	Σ 2	Σ 3	Σ 4	Σ 5	Σ 6	Σ
Бюджеты отделений	Бюджеты основных отделений			Бюджеты вспомогательных отделений			

При построении систем бюджетов главным принципом является принцип декомпозиции, т.е. каждый нижестоящий бюджет должен быть частью вышестоящего бюджета. По каждой составляющей затрат бюджетов рекомендуется построение собственного бюджета. Таким образом, управление затратами в данной модели сводится к управлению отдельными бюджетами центров финансовой ответственности.

Методика бюджетирования на основе финансовой структуры заключается в формировании финансовой структуры на базе организационной с закреплением финансовой ответственности и полномочий за руководителями центров финансовой ответственности. Несмотря на широкое использование данной методики для целей бюджетирования, она связана с определенными трудностями (как правило, организационного порядка). Основная трудность заключается в четком распределении функциональных обязанностей между отделениями с жесткой фиксацией границ финансовой ответственности, а также их прав и обязанностей. Обычно финансовое структурирование ГУЗа производится на базе его организационной структуры и позволяет, по крайней мере, навести порядок в этой организационной структуре и сделать ее более управляемой.

Недостатком данной модели является то, что в системе бюджетирования рассматриваются только бюджеты центров финансовой ответственности (ЦФО) (по вертикали) и бюджеты отдельных статей затрат по элементам с возможной детализацией по калькуляционным статьям (по горизонтали); бюджеты отдельных направлений деятельности ГУЗа не рассматриваются. По нашему мнению практическую ценность для инновационного управления ГУЗом имеет не только управление затратами в различных отделениях ГУЗа, но также и управление затратами на лечение по видам деятельности.

Необходимо отметить, что в описанных выше исследованиях не фигурирует методика взаимодействия отдельных центров ответственности между собой по поводу предоставления комплексных медицинских услуг, включающих затраты по нескольким центрам ответственности. Отсутствие такой методики может привести к тому, что:

- будут приниматься необоснованные и некомпетентные решения, когда благо подразделения становится выше, чем убытки ГУЗа в целом;
- будет сокращаться деятельность ЦФО по отношению к ГУЗу в целом, т.к. менеджеры ЦФО могут «не обращать внимание» на другие структурные отделения.

Вторая, более современная методика, предполагает построение бюджетирования на базе выделения бизнес-процессов ГУЗа с закреплением полномочий и ответственности за ресурсы. Ее особенность в том, что структурирование деятельности ГУЗа проводится не по функциям, а по выполняемым бизнес-процессам, с закреплением ответственных за каждый бизнес-процесс. Данная методика также требует четкого определения границ отдельных бизнес-процессов и предполагает назначение лиц, ответственных за результаты работы отдельных бизнес-процессов, с наделением их полномочиями и ответственностью за потребляемые этими бизнес-процессами ресурсы. Такая методика используется ГУЗами намного реже в силу более высоких требований к структурированию деятельности учреждения.

Обе обсуждаемые методики имеют общую логику построения бюджетирования, при этом модель бюджетирования на основе бизнес-процессов позволяет оценить эффективность процессов всего ГУЗа и увидеть резерв для их оптимизации, а модель бюджетирования на основе финансового структурирования позволяет оптимизировать результаты деятельности и использования ресурсов различных отделений ГУЗа.

Описанные выше модели имеют свои преимущества и недостатки, поэтому с нашей точки зрения необходима разумная децентрализация функций управления в ГУЗах с большой номенклатурой видов деятельности. Децентрализация функций управления по нашему мнению должна сопровождаться введением системы бюджетирования как центров ответственности, так и определением бюджетов отдельных видов деятельности ГУЗа.

Выделение в ГУЗе ЦФО предполагает, что они должны выполнять свои функции на определенном качественном уровне с минимальными затратами. Оценка качества выполнения центрами ответственности своих функций может быть построена на основе функционально-стоимостного анализа. Качество определяется показателем функциональности, который определяется как степень удовлетворения потребностей ГУЗа в целом и остальных центров ответственности в оказываемой данным центром ответственности услуге.

Что касается минимизации затрат на исполнение центрами ответственности своих функций, то здесь важно точно разделить все функции каждого из центров ответственности ГУЗа на главные и второстепенные, а также основные и вспомогательные. При этом важность функций сопоставляется с затратами на их выполнение, те функции, по которым затраты превышают важность, исключаются.

Ряд авторов [37, 39, 41, 42, 68 и др.] в управлении затратами ГУЗа выделяет применение так называемых систем (методов) учета затрат, основанных на методах, описанных Друри К., Майсом Л., Николаевой С.А., Шереметом А.Д. и др.

В отечественной практике сложилась определенная методика учета затрат по полной себестоимости. Калькуляция полной себестоимости с распределением затрат представляет собой полный расчет себестоимости носителя затрат после пропорционального отнесения на него определенной доли накладных расходов. Полная себестоимость может рассчитываться по фактическим, плановым и нормативным затратам. Методы расчета полной себестоимости подразделяются на метод с одной базой распределения накладных расходов и метод с несколькими базами распределения. При первом методе расчет может вестись по укрупненным показателям или на основе распределения затрат с помощью коэффициентов приведения. При втором методе расчет ведется с применением штатных нормативов стандартных баз распределения затрат, на основе группировки затрат с подразделением их на прямые и косвенные, с использованием удельной трудоемкости.

Преимущества расчета полной себестоимости заключаются в следующем:

- возможность установления цен по каждому виду деятельности;
- возможность определения себестоимости лечения отдельного пациента.

Недостатками такого подхода являются:

- неточности в методике распределения накладных расходов, что приводит к завышению или занижению реальной себестоимости лечения;
- данный подход не учитывает изменений в количестве пролеченных пациентов.

Калькуляция по неполной себестоимости предполагает оценку себестоимости лечения пациентов исходя только из переменных (прямых) затрат. В данном случае выводы о прибыльности того или иного вида деятельности делаются на основании маржинального дохода, который представляет собой разницу между выручкой (ценой) за лечение и переменными (прямыми) затратами на это лечение. Все постоянные (косвенные) затраты списываются непосредственно на финансовый результат. При этом в зависимости от структуры управления затратами возможен расчет многоступенчатого маржинального дохода в разрезе различных видов деятельности и отделений.

Данный подход представляет собой не просто метод калькуляции, но и основу для оперативного управления затратами. В случае его использования повышаются возможности анализа затрат и результатов. Однако для использования такого подхода необходимо четко определить состав затрат ГУЗа в разрезе:

- переменных и постоянных расходов;
- основных и накладных расходов;
- прямых и косвенных расходов.

Кроме того, при планировании затрат по центрам ответственности необходимо четко разделить затраты этих центров на регулируемые данным центром и нерегулируемые (заданные). Такое разделение затрат позволит отнести ответственность за превышение затрат на заведующих отделений ГУЗа.

В настоящее время нет четко сформулированного и общепринятого определения системы управления затратами. Некоторые ученые [19, 68] под системой управления затратами понимают фактически методику планирования, регулирования, учета и анализа затрат. Это представление основано на формировании правил расчета затрат и сравнении их с доходами с целью определения эффективности работы предприятия. Однако по нашему мнению определение системы управления затратами ГУЗа должно основываться на более широком представлении о системе.

Согласно имеющимся системным представлениям, а также учитывая главную цель любого ГУЗа - предоставление качественных медицинских услуг - можно предложить следующее определение:

Система управления затратами государственного учреждения здравоохранения – это совокупность элементов управляющей подсистемы, воздействующих на управляемую подсистему с помощью набора функций и методов управления, образующих управленческий цикл, находящихся во взаимодействии с окружающей средой, имеющих определенную структуру и порядок взаимодействия, с целью оптимизации затрат на достижение высокого качества медицинской деятельности ГУЗа.

В нашем исследовании мы сформировали такую систему управления затратами, которая отвечала бы особенностям функционирования ГУЗа в современных условиях:

1. Определили элементы управляющей подсистемы, а именно: перечислили все уровни управленческих должностей, которые участвуют в управлении затратами ГУЗа, определили сферу полномочий и ответственности каждого из них, а также принципы их взаимодействия между собой по поводу управления теми или иными видами затрат.

2. Классифицировали элементы управляемой подсистемы, т.е. сами затраты ГУЗа, таким образом, чтобы обеспечить удобство принятия управленческих решений на любом из уровней управления.

3. Выявили особенности осуществления функций управления затратами ГУЗа и разграничили ответственность за исполнение тех или иных функций между субъектами управления.

4. Определили порядок осуществления функций управления затратами ГУЗа, замыкая их в управленческий цикл.

5. Создали эффективную структуру взаимодействия всех элементов системы управления затратами, обеспечив тем самым их взаимосвязь и взаимозависимость.

6. Определили систему целей функционирования системы управления затратами ГУЗа с точки зрения ее взаимодействия с окружающей средой.

При инновационном подходе к определению системы управления затратами ГУЗа необходимо построить адекватный организационно-экономический механизм управления затратами, разработать методику взаимодействия отдельных элементов этого механизма, а также методику исчисления затрат на медицинские услуги с учетом данного механизма, выделить и предложить классификацию затрат ГУЗа, способную удовлетворить потребностям данного механизма.

ГЛАВА 2. ФОРМИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Современные проблемы развития сферы здравоохранения Приморского края

Развитие рынка услуг в сфере здравоохранения является одним из важнейших аспектов обеспечения качества жизни населения и управления социально-экономическими системами. Одним из синтетических индикаторов качества жизни является здоровье человека и его потенциал, способные обеспечить экономическое развитие общества, уровень материального благосостояния, медико-экологическое и духовное благосостояние человека.

Вопросами инфраструктуры рынка медицинских услуг занимается Комиссия по развитию здравоохранения при Комитете по вопросам социальной политики Торгово-промышленной палаты Российской Федерации. Деятельность Комиссии осуществляется в тесном взаимодействии с Подкомитетом развития предприятий малого бизнеса в области производства и реализации современной медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Многие проблемы и трудности становления цивилизованного рынка медицинских услуг связаны с отсутствием достоверной информации об участниках данного рынка, что не способствует развитию здорового делового климата, ограничивает возможность осознанного выбора услуги потребителем.

При изучении проблемы обеспечения и укрепления здоровья населения основным объектом исследования является содержание и ход реализации различных региональных стратегий развития социальной сферы, принятых на разных уровнях управления. Рассмотрим реализацию подобных программ на примере Приморского края Дальневосточного региона, который можно охарактеризовать как территорию, имеющую потенциально благоприятные возможности для становления цивилизованного рынка медицинских услуг. Важно заметить, что опыт реализации стратегии развития социальной сферы имеет значение не только для края, но и для России в целом.

Стратегия социально-экономического развития Приморского края на 2010-2014 гг. определяет направления развития на среднесрочную и долгосрочную перспективу, в условиях перехода России к открытой модели экономики.

Применительно к социальной сфере главная цель стратегии состоит в том, чтобы к 2012-2013 гг. достичь среднероссийских стандартов благосостояния, а к 2014 г выйти на позиции развитых стран Азиатско-тихоокеанского региона (АТР), достигнутых ими в 90-х годах XX века.

По оценкам, реализация целевых программ по развитию медицинских услуг, физической культуры и спорта, пропаганда здорового образа жизни приведет к увеличению средней продолжительности жизни населения к 2012 году до 68 лет. С учетом стандартного норматива простого воспроизводства численности населения, предполагающего в среднем 1,5 ребенка на одну семью, указанная тенденция приведет к замедлению темпов снижения численности населения края.

Основными факторами, определяющими практическую значимость новых медицинских технологий, являются обеспечение высокого качества медицинских услуг, их клиническая эффективность и безопасность для пациента. В этой связи особое значение имеет независимая экспертная оценка новых медицинских технологий исполнителями медицинских услуг (врачами частной практики) и изучение удовлетворенности пациентов результатами лечения с применением новых медицинских технологий.

Научно-обоснованные требования к уровню, возможностям и объективным потребностям населения в услугах медицины учитывают показатели средней продолжительности жизни и обеспеченность местами в стационарах. Указанные показатели могут быть сформированы на основе следующих составляющих:

- финансовые затраты, параметром количественной характеристики которых является объем капиталовложений в здравоохранение (в процентах расходов бюджета);

- трудовые затраты, которые могут быть представлены в форме оценки технического уровня оснащенности медицинских учреждений.

Эти показатели позволяют определить индекс качества жизни, который для Приморского края Дальневосточного региона в 2002 г. составлял 0,69%. Проектные показатели на 2010-2014 г. имеют тенденцию к увеличению. Например, к концу 2008 г. он увеличился на 0,1 %, а его рост в 2009-2010 составил 0,896 %.

Развитие системы здравоохранения четко отражается индикатором детской смертности на 1000 родившихся и индикатором смертности в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения. Динамика вышеуказанных показателей за 1999-2010 годы приведена в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Индикаторы развития системы здравоохранения
в Приморском крае в 1999 - 2010 гг.

Наименование	1999	2000	2001	2002	2004 - 2005	2006 - 2007	2008 - 2010
Детская смертность на 100 родившихся	19,7	19,1	16,7	13	12-11	10-9	8-7
Смертность в трудоспособном возрасте на 100 тыс. от болезней:							
кровообращения	657,4	707,6	734,8	772,8	600-550	450-400	300-200
новообразований	191,8	188,3	187,6	187,8	150-140	130-120	110-100
органов дыхания	53,6	59,7	53,9	62,7	43-40	38-32	32-28
инфекционных заболеваний	39,7	43,7	40,3	43,3	40-35	30-28	25-22

Источник: материалы Комитета Здравоохранения Администрации Приморского края.

Неуклонно снижается показатель детской смертности в 2002 году в сравнении с 1999 он снизился в 1,51 раза, в 2010 в сравнении с 2002 показатель должен снизиться в 1,6 раза.

Другой индикативный показатель - смертность в трудоспособном возрасте - увеличивается по всем основным причинам, представленным в левом столбце таблицы.

Один из критических показателей качества жизни - ее продолжительность. Средняя продолжительность жизни жителей Приморского края в сравнении с показателями по РФ приведена в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Средняя продолжительность жизни в Приморском крае в 2005-2009 гг.

Наименование	Территория	2005	2006	2007	2008	2009
Оба пола	Приморский край	63,7	64,6	64,9	64,9	64,4
	РФ	65,9	66,6	67	65,9	-
Мужчины	Приморский край	58,1	59,4	59,34	59,6	58,8
	РФ	59,8	60,8	61,3	59,9	-
Женщины	Приморский край	70,3	70,4	70,86	70	70,9
	РФ	72,5	72,9	72,93	72,4	-

Источник: материалы Комитета Здравоохранения Администрации Приморского края.

Показатель продолжительности жизни населения Приморского края имеет положительную тенденцию. Так в 2009 году в сравнении с 2004 продолжительности жизни увеличилась на 1 год, однако следует отметить, что продолжительность жизни жителей Приморского края в среднем на год меньше, чем по РФ. Особенно заметен разрыв у женщин, он составляет в среднем 2 года.

На качество и своевременность оказания медицинской помощи влияют такие показатели как количество койко-дней госпитализации, количество вызовов скорой медицинской помощи, в том числе за счёт средств ОМС, а также разнообразие видов медицинской помощи и финансовых затрат в расчёте на количество жителей Приморского края. (табл. 2.3, табл. 2.4, табл. 2.5)

Сеть учреждений здравоохранения к началу 2010 года сократилась в сравнении с 2007 годом на 13% за счет реорганизации (укрупнения) больничных учреждений и их ликвидации в небольших населенных пунктах. За счет этого возросло количество фельдшерско-акушерских пунктов в селах.

К положительным тенденциям следует отнести то, что кадровый потенциал учреждений здравоохранения увеличивается, по ведущим направлениям

лечебной деятельности отмечается достаточная обеспеченность населения врачами. При этом, 24,5% всех врачей имеют высшую квалифицированную категорию, 18,3% - первую. Таким образом, получение медицинской помощи в Приморском крае доступно и осуществляется квалифицированными кадрами.

Таблица 2.3

Нормативы объема медицинской помощи в расчете на одного жителя Приморского края

Вид медицинской помощи	Единица измерения	Нормативы объема медицинской помощи		Нормативы объема медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования	
		утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 02 октября 2009 года № 811	территориальные нормативы объема медицинской помощи в расчете на одного жителя Приморского края	утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 02 октября 2009 года № 811	по Программе ОМС
Амбулаторная медицинская помощь	посещения	9,5	9,5	8,762	8,762
Стационарная медицинская помощь	койко-дни	2,78	2,78	1,894	1,894
Стационаро-замещающая медицинская помощь	пациенто-дни	0,59	0,59	0,49	0,49
Скорая медицинская помощь	вызовы	0,318	0,318	-	-

Таблица 2.4

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи с учетом районного коэффициента для Приморского края

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Нормативы финансовых затрат, руб.	
		в соответствии с Программой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 02 октября 2009 года № 811	в соответствии с Программой ОМС
Скорая медицинская помощь	вызовы	1710,1	2619,53
Амбулаторная медицинская помощь	посещения	218,1	334,08
Стационарная медицинская помощь	койко-дни	1380,6	2114,80
Стационарозамещающая медицинская помощь	пациенто-дни	478,0	732,20

Таблица 2.5

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в рамках Программы ОМС для Приморского края

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Нормативы финансовых затрат в рамках обязательного медицинского страхования, руб.	
		утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 02 октября 2009 года № 811	по Программе ОМС
Амбулаторная медицинская помощь	посещения	168,4	257,96
Стационарная медицинская помощь	койко-дни	1167,0	1787,61
Стационарозамещающая медицинская помощь	пациенто-дни	470,5	720,71

Одной из проблем современного этапа развития сферы здравоохранения в Приморском крае явилось возникновение конкуренции между ГУЗами «с историей» и новыми коммерческими предприятиями на рынке медицинских услуг. Преимущества первых в виде нематериальных активов (традиции сформировавшейся медицинской школы, опыт квалифицированных врачей) зачастую пе-

рекрываются лучшей материально-технической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования ГУЗы многие годы лишались возможности совершенствовать свою материально-техническую базу, направляя большую часть ресурсов на финансирование текущих расходов. По результатам анализа данных отчетности ГУЗов оплата труда и приобретение материальных запасов составляют большую часть совокупных затрат в структуре затрат ГУЗов. (Табл. 2.6)

Таблица 2.6

Расходы финансовых средств ГУЗов по статьям затрат, %¹

№ п/п	Статьи затрат	Доля затрат, %
1	Оплата труда с начислениями, из них:	49,6
2	Заработная плата	39,33
3	Прочие выплаты	0,16
4	Начисления на оплату труда	10,11
5	Приобретение услуг, из них:	19,15
6	Услуги связи	0,27
7	Транспортные услуги	0,15
8	Коммунальные услуги	2,55
9	Арендная плата за пользование имуществом	0,07
10	Услуги по содержанию имущества	13,97
11	Прочие услуги	2,14
12	Социальное обеспечение	0,13
13	Прочие расходы	0,21
14	Итого поступление нефинансовых активов (15+18+19)	30,91
15	Увеличение стоимости основных средств, их приобретение, из них:	11,9
16	Приобретение медицинского инструментария	0,32
17	Приобретение прочих основных средств	11,58
18	Увеличение стоимости нематериальных активов	0
19	Увеличение стоимости материальных запасов, из них:	19,46
20	Приобретение медикаментов и перевязочных средств	13,2
21	Приобретение продуктов питания	3,56
22	Приобретение горюче-смазочных материалов	1,1
23	Приобретение мягкого инвентаря	0,15
24	Приобретение прочих материальных запасов	1,45
25	ИТОГО по кассовым расходам (1+5+12+13+14)	100

¹ Рассчитано автором по данным отчетности ГУЗов Приморского края

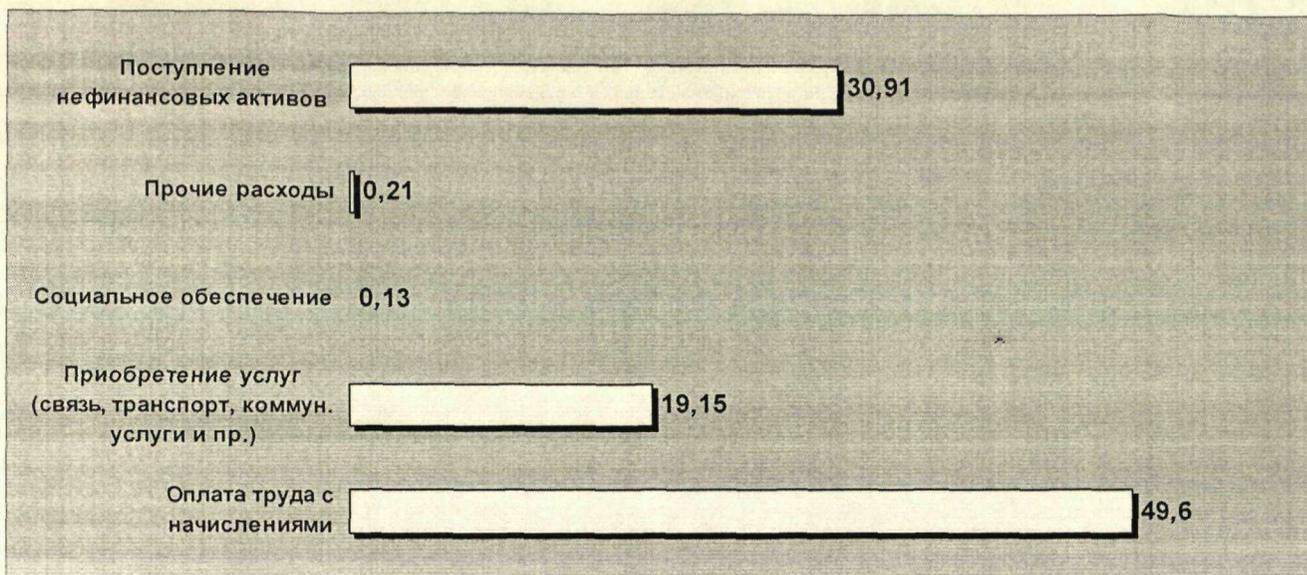


Рис. 2.1. Распределение финансовых средств ГУЗов по статьям затрат, %

Из расчётов видно, что почти 75% совокупных затрат ГУЗов составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (медикаменты, мягкий инвентарь, питание, ГСМ и прочие) и услуги по содержанию имущества. На приобретение основных средств (инструменты, оборудование и прочие) отводится менее 12 % общих затрат, что является, как видно из современного состояния ГУЗов, недостаточным для обеспечения высокого уровня предоставления медицинских услуг населению. Не смотря на то, что на оплату труда в ГУЗах отводится чуть меньше 50 % совокупных затрат (самая крупная статья затрат учреждений) данный показатель является субъективным из-за отсутствия разделения персонала на основной и вспомогательный, а следовательно требует более тщательного анализа.

Практика свидетельствует о том, что недофинансирование капитальных затрат на воспроизводство материально-технической базы привело к устареванию и разрушению основных фондов ГУЗов, что не позволяет качественно организовать лечебный процесс.

Изучение финансового положения медицинских учреждений является новым направлением в функционировании государственных учреждений, получившим развитие только в последние годы. При традиционном бюджетном фи-

нансировании, обеспечивающём гарантированность поступления средств, анализ финансового положения ГУЗов просто не имел смысла. В нынешней же ситуации данное направление выходит на передний план, поскольку от этого зависит выживание учреждения. Причем важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов и, соответственно размер упущенной выгоды.

Можно выделить две группы факторов, влияющих, на финансовое состояние медицинского учреждения:

1. Внешние факторы: система финансирования (оплата медицинских услуг), уровень тарифов, величина подушевых нормативов, система налогообложения и т.п.

Медицинские учреждения имеют ограниченные возможности влиять на эти факторы, поэтому вынуждены приспосабливаться к ним. Внешние факторы определяют разновыгодность тех или иных видов медицинской помощи, направлений деятельности вне связи с реальными показателями работы медицинского учреждения. Это те ориентиры, которым должны следовать медицинские учреждения как федерального так и муниципального уровня в выборе наиболее рациональных с экономической точки зрения направлений деятельности.

2. Внутренние факторы: структура медицинского учреждения, показатели работы учреждения и его подразделений, система стимулирования.

Внутренние факторы определяются особенностями самого медицинского учреждения. Это те факторы, на которые ГУЗ может оказать влияние, изменив что либо в своей работе.

В итоге, медицинское учреждение строит свою работу с учетом как внешних, так и внутренних факторов. Поэтому необходимо различать:

- показатели работы медицинского учреждения как результат их собственного труда;
- показатели как результат, связанный с внешними факторами.

Анализ финансовой деятельности государственного учреждения здравоохранения в Приморском крае проведён на примере МСЧ№100 ФМБА России по городу Фокино.

Общую схему изучения результатов финансовой деятельности начать с анализа поступления денежных средств по источникам финансирования. (Табл.2.7, рис.2.2)

Таблица 2.7

Поступление денежных средств по источникам финансирования

Наименование	1 квартал 2009год	1 квартал 2010год
Федеральный бюджет, тыс.рублей	100748,2	105845,9
Средства ФОМС, тыс.рублей	1360,2	712,29
Средства ФСС, тыс.рублей	873	757
Платные медицинские услуги, тыс.рублей	782,57	847,86

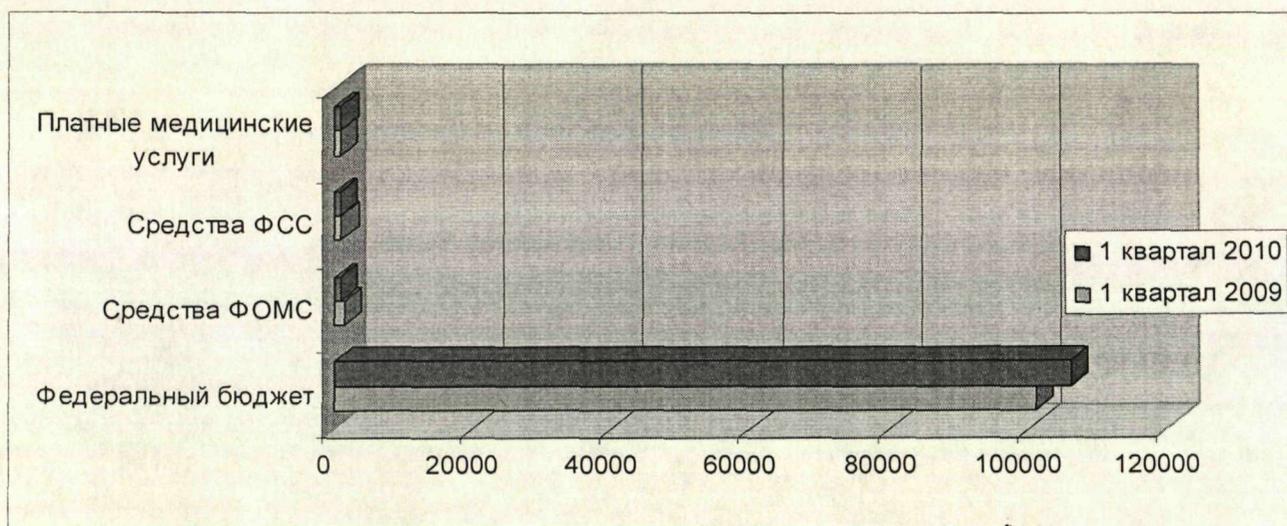


Рис.2.2 Распределение денежных средств по источникам финансирования

Общая сумма по всем источникам финансирования за 1 квартал 2010 года составила 108163,1 тыс. рублей, из них федеральный бюджет - 95%, средства ФОМС - 0,2%, средства ФСС - 0,2%, внебюджетные средства - 0,2%. Затраты на одного жителя представлены в таблице 2.8

Таблица 2.8.

Затраты ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России по г. Фокино
на одного жителя за 2008-2009 годы

Наименование	2008 год (ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России)	2009 год (ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России)
Все виды бюджетного финансирования	202741,11	108163,1
Среднегодовая численность населения	28438	28438
Затраты на одного жителя	7,1	3,8

Затраты на одного жителя уменьшились на 46,48% в сравнении с 2008 годом в связи с тем, что финансирование на 2009 год поступило не в полном объеме.

Что касается оказания медицинской помощи населению ФГУЗ МСЧ № 100, то основные показатели представлены в таблице 2.9. Данным ФГУЗом оказываются следующие виды медицинской помощи: стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническая, стационарозаменяющая и скорая.

Таблица 2.9

Виды помощи, оказываемые ФГУЗ МСЧ № 100 и коечный фонд

Стационар

-терапевтическое отделение	33 койки, в том числе 23 койки терапевтических, 10 коек неврологических
-педиатрическое отделение	17 коек, в том числе 5 коек сестринского ухода
-акушерское отделение	15 коек, в том числе: 7 коек для беременных и рожениц, 8 коек патологии беременности
-гинекологическое отделение	20 коек, в том числе – 9 коек патологии беременности, 1 койка для производства аборт, 10 коек гинекологических
-хирургическое отделение	40 коек, в том числе 13 коек общих хирургических, 10 коек травматологических, 12 коек гнойных, 5 коек урологических
- отделение сестринского ухода	13 коек

Амбулаторно-поликлиническая помощь

-поликлиническое отделение	250 посещений в смену
-детское поликлиническое отделение	175 посещений в смену
-женская консультация	50 посещений в смену
-стоматологическое поликлиническое отделение	
-Амбулатория п. Дунай	125 посещений в смену
-Амбулатория п. Путьатин	50 посещений в смену

Стационароразмещающие виды помощи (дневной стационар при поликлинике)

-дневной стационар при поликлиническом отделе	15 коек терапевтического профиля
-дневной стационар при женской консультации	10 коек, в том числе 5 коек гинекологических ,5 коек патологии беременности
-дневной стационар при амбулатории п. Дунай	17 коек терапевтического профиля

Скорая медицинская помощь 13000 вызовов в год.

Для определения эффективности функционирования ГУЗа используются следующие стоимостные показатели. [42].

Средняя стоимость 1 койко-дня по расходам = Сумма расходов стационара / количество койко-дней.

Средняя стоимость 1 койко-дня по доходам = Сумма по предъявленным счетам / количество койко-дней.

Получено средств на 1 койко-день = Фактически получено средств / количество койко-дней.

Средняя стоимость лечения 1 больного по расходам = Сумма расходов стационара / число выбывших больных

Средняя стоимость лечения 1 больного по доходам = Сумма по предъявленным счетам / число выбывших больных

Получено средств на 1 больного = фактически получено средств / число выбывших больных.

Коэффициент технологической эффективности = фактическое количество пролеченных больных / плановое количество пролеченных больных

Коэффициент средней занятости коек = фактическая занятость койки / плановая занятость койки

Коэффициент средней длительности пребывания больного = плановая длительность лечения / фактическая длительность лечения

Коэффициент рационального использования коечного фонда = фактический оборот койки / плановый оборот койки.

Данные о стоимости 1 койко-дня приведены в таблице 2.10

Таблица 2.10.

Стоимость единиц объема оказанных услуг по ФГУЗ МСЧ № 100
ФМБА России за 1 квартал 2010 год

Стационар				
Структурное подразделение	Фактические расходы	Кол-во к/дней	Стоимость 1 к/дня	Стоимость по программе госгарантий
Терапевтическое отд.	2 180 712,38	2410	904,86	
Хирургическое отд.	5 505 115,58	2340	2352,61	
Гинекологическое отд.	1 744 125,92	1279	1363,66	
Педиатрическое отделение	1 105 407,13	1308	845,11	
Акушерское отделен.	2 570 255,22	1102	2332,36	
ОАРИТ	3 997 013,64	358	11164,84	
Медико-соц.отделение	1 114 009,70	1152	967,02	
Итого	18 216 639,57	9 949,00	1 831,00	
Амбулаторно-поликлиническая служба				
Структурное подразделение	Фактические расходы	Кол-во посещений	Стоимость одного посещения	Стоимость по программе госгарантий
Поликлинич.отделение	6 217 371,63	13946	445,82	
Детское поликл. отдел	4 648 483,37	13822	336,31	
Амбулатор. п. Дунай	4 166 602,27	5130	812,20	
Амбулат.п. Путятин	1 232 316,12	677	1 820,26	
Женская консультация	843 931,23	2116	398,83	
Стоматологическ. отд.(пос.)	1 751 205,20	3516	498,07	
Стоматологическ. отд.(ует)	1 751 205,20	10407	168,27	
Итого	18 859 909,82	39207	481,03	242,01
Дневной стационар				
Структурное подразделение	Фактические расходы	Кол-во паци-енто/дней	Стоимость 1 пациенто-дня	Стоимость по программе госгарантий
Дневной стац. г.Фокино	130 658,39	507	257,71	
Дневной стац.п.Дунай	175 098,87	502	348,80	
Итого	305 757,26	1009	303,03	700,54
Скорая медицинская помощь				
Структурное подразделение	Фактические расходы	Кол-во вызовов	Стоимость 1 вызова	Стоимость по программе госгарантий
ОСМП	5 929 330,06	3428	1729,68	1710,1

Как видно из сложившейся стоимости единицы объема оказанных услуг самыми затратными остаются содержание отделения анестезиологии, реанимации и интенсивности терапии, а также амбулатории п. Дунай, п.Путятин. Вы-

сокая стоимость койко-дня в ОАРИТе обусловлена применением дорогостоящих лекарственных препаратов, а также компонентов крови. В структуре расходов по данному отделению стоимость медикаментов составляет 13%, тогда как в других отделениях эти расходы составляют от 2% до 6,5%. Из-за невысокого количества посещений и затратах на содержание амбулатории п. Дунай и п. Путятин, стоимость посещения в этих подразделениях превышает стоимость по другим подразделениям.

Средняя стоимость одного койко-дня, сложившаяся за 1 квартал 2010 года текущего года, превышает на 2% стоимость, утвержденную государственной программой государственных гарантий.

Стоимость посещения превышает нормативную почти в два раза. Основной причиной этого является невыполнение объемов внебольничной помощи, а также высокими затратами на коммунальные услуги.

Таблица 2.11

Значение коэффициентов технологической эффективности
за 1 квартал 2010 года по ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

№ п/п	Отделение	Фактическое кол-во пролеченных больных	Плановое кол-во пролеченных больных	Коэффициент технологической эффективности
1	Терапевтическое	197	216	0,91
	терапия общая	197	216	0,91
2	Хирургическое	176	260	0,68
	урологические	17	26	0,65
	хирургические	80	117	0,68
	гнойные хирургические	44	67	0,66
	травматологические	35	50	0,70
3	Педиатрическое	102	108	0,94
	педиатрическое	92	95	0,97
	койки сестринского ухода	10	13	0,77
4	Акушерское	109	116	0,94
	патология беременности	34	42	0,81
	для беременных и рожениц	75	74	1,01
5	Гинекологическое	130	144	0,90
	гинекологические	61	75	0,81
	для производства абортов	16	23	0,70
	патология беременности	53	46	1,15
	Итого по г. Фокино	714	844	0,85
6	Койки сестринского ухода п. Дунай	14	35	0,40
	Всего по круглосуточному стационару	728	879	0,83

Коэффициент технологической эффективности за 1 квартал 2010 составил 0,83% , что ниже аналогичного периода 2009года (0,90%) это связано с увеличением числа фактически пролеченных больных.

Таблица 2.12

Значение коэффициентов средней занятости коек
за 1 квартал 2010 года по ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

№ п/п	Отделение	Фактическая занятость койки	Плановая занятость койки	Коэффициент средней занятости коек
1	Терапевтическое	73	82	0,89
	терапия общая	73	82	0,89
2	Хирургическое	59	81	0,72
	урологические	41	59	0,70
	хирургические	71	94	0,75
	гнойные хирургические	53	79	0,68
	травматологические	58	79	0,73
3	Педиатрическое	77	80	0,97
	педиатрическое	83	80	1,04
	койки сестринского ухода	63	80	0,79
4	Акушерское	73	69	1,06
	патология беременности	94	73	1,30
	для беременных и рожениц	50	65	0,76
5	Гинекологическое	64	78	0,82
	гинекологические	45	87	0,51
	для производства абортов	47	69	0,68
	патология беременности	87	70	1,25
	Итого по г.Фокينو	68	79	0,85
6	Койки сестринского ухода п. Дунай	89	81	1,10
	Всего по круглосуточному стационару	70	80	0,87

Коэффициент средней занятости коек за 1 квартал 2010 года ниже аналогичного периода 2009 года (0,99%), что связано со снижением фактической занятости койки. Значения коэффициентов средней длительности пребывания больного представлены в таблице 2. 13.

Таблица 2. 13

Значение коэффициентов средней длительности пребывания больного
за 1 квартал 2010 года по ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

№ п/п	Отделение	Плановая длительность лечения	Фактическая длительность лечения	Коэффициент средней длительности пребывания больного
1	Терапевтическое	12,56	12,23	1,03
	терапия общая	12,56	12,23	1,03
2	Хирургическое	12,50	13,30	0,94
	урологические	11,31	12,12	0,93
	хирургические	10,43	11,46	0,91
	гнойные хирургические	14,06	14,52	0,97
	травматологические	15,88	16,51	0,96
3	Педиатрическое	12,55	12,82	0,98
	педиатрическое	10,05	10,80	0,93
	койки сестринского ухода	30,77	31,40	0,98
4	Акушерское	8,97	10,11	0,89
	патология беременности	13,86	22,21	0,62
	для беременных и рожениц	6,19	4,63	1,34
5	Гинекологическое	10,85	9,84	1,10
	гинекологические	11,56	7,31	1,58
	для производства абортов	3,00	2,94	1,02
	патология беременности	13,63	14,83	0,92
	Итого по г. Фокينو	11,76	11,82	0,99
6	Койки сестринского ухода п. Дунай	30,03	82,29	0,36
	Всего по круглосуточному стационару	12,48	13,17	0,95

Коэффициент средней длительности пребывания больного за 1 квартал 2010 выше чем в аналогичный период 2009 года (0,90%).

Средняя длительность пребывания больного в стационаре в целом имеет тенденцию к возрастанию. На увеличение этого показателя влияет ряд факторов. Так, изменение возрастного состава госпитализируемых в связи с постарением населения ведет к тому, что в стационары госпитализируется больше лиц пожилого возраста, страдающих заболеваниями, требующими более длительного лечения.

При высоком коэффициенте средней длительности пребывания больного снижается оборот койки за год и вызывает значительные экономические потери, следовательно повышается коэффициент среднегодовой занятости, а в итоге возрастают затраты на содержание койки.

Таблица 2. 14

Значение коэффициентов рационального использования коечного фонда
за 1 квартал 2010 года по ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

№ п/п	Отделение	Фактический оборот койки	Плановый оборот койки	Коэффициент рационального использования коечного фонда
1	Терапевтическое	5,97	6,55	0,91
	терапия общая	5,97	6,55	0,91
2	Хирургическое	4,40	6,50	0,68
	урологические	3,40	5,20	0,65
	хирургические	6,15	9,00	0,68
	гнойные хирургические	3,67	5,58	0,66
	травматологические	3,50	5,00	0,70
3	Педиатрическое	6,00	6,35	0,94
	педиатрическое	7,67	7,92	0,97
	койки сестринского ухода	2,00	2,60	0,77
4	Акушерское	7,27	7,73	0,94
	патология беременности	4,25	5,25	0,81
	для беременных и рожениц	10,71	10,57	1,01
5	Гинекологическое	6,50	7,20	0,90
	гинекологические	6,10	7,50	0,81
	для производства абортов	16,00	23,00	0,70
	патология беременности	5,89	5,11	1,15
	Итого по г.Фокينو	5,71	6,75	0,85
6	Койки сестринского ухода п. Дунай	1,08	2,69	0,40
	Всего по круглосуточному стационару	5,28	6,37	0,83

Коэффициент рационального использования коечного фонда за 1 квартал 2010 года ниже, чем за аналогичный период 2009 года (0,93%) , это связано с уменьшением фактического оборота койки.

Согласно Постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 987 «О порядке финансового обеспечения в 2008 - 2010 годах расходов на оплату государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет» разработано положение «О порядке распределения денежных средств, направляемых на оплату услуг по медицинской помощи , оказанной женщинам в период беременности , в пе-

риод родов и в послеродовой период, а так же по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерном учете» на 2008-2010 годы по ФГУЗ МСЧ№100 ФМБА России

За оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет за 1 квартал 2010 года было предъявлено к оплате 244 талонов на сумму 757033,54 рубля, что составило 20,2% от плановой суммы на 2010 год (3740000,00рублей). Дополнительно приобретаются медикаменты, железосодержащие препараты для беременных, предоставляется дополнительное питание для рожениц. На заработную плату медицинским работникам направлено 235050,42 руб., в т.ч. женской консультации 47068,17 руб., по акушерскому отделению 141205,97 руб., по детскому поликлиническому отделению 46776,28 руб. За 1 квартал 2010 года количество родильниц (оплаченных сертификатов) составило 72 человек. На дополнительное питание на одну родильницу по программе "Родовые сертификаты" за счет ФСС утверждено 150,0 рублей, фактически за 1 квартал 2010г. расходы на дополнительное питание одной родильницы составило - 112,35 рубля. Для устранения данной недоработки произведена корректировка средне - суточного набора по питанию за счет средств ФСС.

Что касается финансирования программ ОМС, то Расходы фонда обязательного медицинского страхования за 1 квартал 2010 года составили 712,3 тыс. рублей, в том числе:

- амбулаторно-поликлиническая помощь - 452,9 тыс. рублей,
- стационарная медицинская помощь - 125,9 тыс. рублей
- стационарозамещающие виды помощи
- дневной стационар при поликлинике – 70,7 тыс. рублей. В 1 квартале 2010 года в системе ОМС работало 20 коек дневного стационара.
- Стационар на дому – 62,8 тыс. рублей

На основании лицензии №ФС-25-01-000007 от 14.04.2008 и сметы доходов и расходов на 2010 год по приносящей доход деятельности во ФГУЗ МСЧ№100 ФМБА России оказываются платные медицинские услуги, на 2010 год было запланировано 6060,2тыс.рублей.

Таблица 2.15

Выполнение плана по платным медицинским услугам 2008-2009 годы

Виды медицинской помощи	Наименование подразделения	План	Факт	% выполнения	Факт 2009 года
Медицинские осмотры	Поликлиническое отделение	375000,00	400776,30	106,8%	222380,40
Лабораторные исследования	кдл	75000,00	40407,00	53,88%	38935,00
	Кабинет функциональной диагностики	150000,00	12230,00	8,15%	31411,00
Стоматологическое отделение	г.Фокино	114000,00	46337,00	40,65%	43693,00
	Амбулатория п. Дунай	36000,00	10727,00	29,8%	----
Зубопротезный кабинет	г.Фокино	90000,00	34841,00	38,71%	76179,00
Договоры на оказание медицинской помощи	Хирургическое отделение	95000,00	78900,00	83%	100500,00
	Гинекологическое отделение	15000,00	5031,00	33,54%	9899,00
	Терапевтическое отделение (соц. койки)	25000,00	34500,00	138%	27000,00
	Акушерское отделение	15000,00	5551,00	37%	2962,00
Платные медицинские услуги	пао	15000,00	0,00		
	Амбулатория п. Дунай	50000,00	1146,00	2,3%	42052,00
	Приемное отделение	40000,00	10504,46	26,26%	6029,48
	Пищеблок	120000,00	68170,00	56,8%	35100,00
	Поликлиническое отделение	125000,00	119394,00	95,5%	117306,00
	Лучевая диагностика	50000,00	16843,00	33,68%	15083,00
	Восстановительное лечение	100000,00	34322,00	34,3%	9485,00
Итого		1490000,00	937678,76	63%	778014,88

От внебюджетной деятельности за 1 квартал 2010 года было получено 937678,76 тыс. рублей, в аналогичном периоде прошлого года приход соста-

вил 778014,88 тыс. рублей, что на 17,03 % ниже. Полученная сумма соответствует 16 % сметы по приносящей доход деятельности на 2010 год .

Основная часть заработанных средств 800,7 тыс. рублей (34,1 %) поступила за проведение медицинских осмотров, 155,45 тыс. рублей (6,6%) за проведение лапараскопических операций, 237,8 тыс. рублей (10,1%) за услуги по зубопротезированию, 112,8 тыс. руб. (4,8%) за стоматологические услуги , 123,9 тыс. рублей (5,2 %) за услуги клинико-диагностической лаборатории, 179,4 тыс. рублей (7,6%) за услуги по питанию.

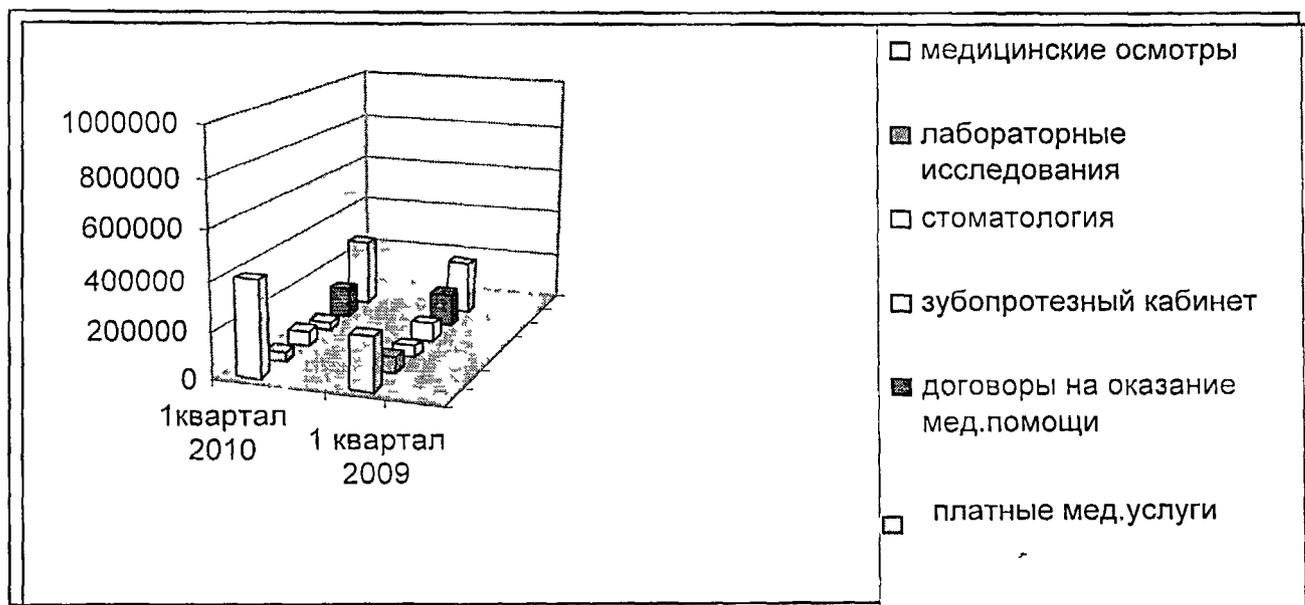


Рис. 2.3. Распределение доходов от платных услуг по видам медицинской деятельности.

Как видно из рисунка 2.3 в сравнении с аналогичным периодом 2009 года значительно увеличился уровень медицинских осмотров, платных медицинских услуг, зубопротезирование. Это связано с улучшением организации работы врачей ,контроля за оформлением и размещением информации на стендах по платным медицинским услугам .

Для увеличения дохода от предпринимательской деятельности руководителям структурных подразделений необходимо добиться безусловного повышения уровня сервисности, улучшения комфортности при оказании платных медицинских услуг населению и внедрению новых технологий, доступности.

Рассмотренные показатели иллюстрируют, что современный ГУЗ является сложной системой организационного управления. Сложность порождается, прежде всего, разнообразным характером его деятельности, включающей большое количество медицинских видов деятельности и целый ряд обслуживающих видов деятельности. Причем, все направления деятельности ГУЗа тесно взаимосвязаны, как на уровне технологических процессов, так и на организационном и финансовом уровнях. Эффективное управление лечебно-профилактическим учреждением предполагает разработку структуры управления затратами, адекватной структуре видов деятельности по количеству управленческого персонала, затрачиваемым материальным ресурсам и, в конечном итоге, по объему финансирования каждого вида деятельности. Это вызывает необходимость при расчете смет расходов на содержание ГУЗа определять величину расходов по каждому виду деятельности, а также по видам затрат ГУЗа и отделениям. Актуальность этой проблемы повышается в современных условиях, когда лечебно-профилактические учреждения активно включаются в систему рыночных отношений и имеются определенные трудности в формировании доходной части бюджета, как источника финансирования непроизводственной сферы.

В тоже время методика исчисления затрат на содержание ГУЗов с выделением расходов по видам деятельности и структурным отделениям отсутствует.

Несмотря на то, что в сложившихся условиях любой ГУЗ старается активно участвовать в рыночных отношениях, предпринимательскую деятельность ГУЗов отличает от предпринимательской деятельности обычных предприятий ряд особенностей. Главной особенностью является то, что эта деятельность носит (или должна носить) вспомогательный характер и мотивация ее направлена на компенсацию недостающих средств для поддержания и обновления основных фондов, для обеспечения возможности реализации потенциала

сотрудников и для решения социальных задач коллектива ГУЗа. Главной целью организации предпринимательской деятельности ГУЗа является, не максимизация прибыли, а оказание квалифицированной медицинской помощи населению. Поэтому сокращение затрат ГУЗа не должно сопровождаться снижением качества предоставляемых услуг. Социально-экономическая эффективность здравоохранения имеет два аспекта: «внутренний» и «внешний». «Внутренний» непосредственный эффект достигается рациональным использованием ресурсов в отрасли здравоохранения в целом, и в каждом лечебно-профилактическом учреждении в частности. Ситуация в сфере деятельности бюджетных учреждений, в частности в здравоохранении, требует повышения социально-экономической отдачи финансовых, материальных и трудовых ресурсов, в связи с этим немаловажной задачей является не только своевременное и качественное отражение в учете ГУЗа хозяйственного процесса, но и предоставление руководителю оперативной информации по всем видам деятельности с целью принятия рациональных и своевременных управленческих решений.

Наряду с бухгалтерами, занимающимися отражением хозяйственных операций в учете с целью составления бухгалтерской и прочей отчетности, в штатное расписание необходимо ввести бухгалтеров-аналитиков, владеющих как методологией бухгалтерского учета, так и способных осуществлять оперативный учет и анализ финансово-хозяйственной деятельности (управленческий учет). Органы управления затратами ГУЗа должны постоянно получать информацию следующего характера:

- какова структура доходов ГУЗа (по бюджетной и внебюджетной деятельности);
- как расходуются денежные средства в соответствии с лимитами бюджетных обязательств, сметами доходов и расходов и бюджетами отделений;

- как используются основные фонды и целевые назначения, материальные и трудовые ресурсы;
- как формируется себестоимость предоставляемых населению медицинских услуг;
- каковы виды фактических расходов, их распределение на прямые затраты и накладные расходы, на расходы отчетного и будущего периода;
- правильность распределения фактических расходов (затрат) по структурным отделениям;
- целесообразность отнесения затрат на конкретные виды деятельности, услуг;
- состояние конкурентоспособности ГУЗа;
- какова эффективность деятельности структурных отделений.

На основании получаемой информации, ценность которой заключается в ее оперативности, создастся постоянное информационное поле о деятельности ГУЗа, позволяющее руководителю любого уровня управления, в соответствии с его компетенцией:

- осуществлять контроль и прогнозирование доходов и расходов;
- контролировать и планировать денежные потоки;
- определять методы калькулирования себестоимости;
- составлять прогнозы финансово-хозяйственной деятельности учреждения на перспективу, учитывая новые виды деятельности и услуги;
- принимать управленческие решения, направленные на эффективное развитие деятельности ГУЗа.

Многие задачи можно решить и усилиями самих ГУЗов в рамках их расширяющихся полномочий на пути совершенствования экономических механизмов, их взаимодействия с быстро изменяющейся внешней средой, а также рационализации использования их внутренних ресурсов на основе построения эффективной системы управления затратами.

2.2. Концептуальный подход к формированию инновационной системы управления затратами государственного учреждения здравоохранения.

Согласно современной теории управления любая система управления базируется на следующих методических подходах: концептуальном, ресурсном, инновационном.

Концептуальный подход к формированию системы управления призван обеспечить реализацию стратегии и тактики на различных уровнях управления.

Маркетинговый подход представляет собой совокупность целевых и принципиальных установок, ориентирующихся на предоставление тех услуг, которые соответствует прогнозируемому состоянию спроса на них.

Основная идея ресурсного подхода состоит в том, что каждое учреждение обладает неоднородными ресурсами и возможностями. Ресурсный потенциал, включающий как финансовые, материальные, так и нематериальные ресурсы, является основой развития предпринимательской и инновационной деятельности.

В настоящее время доминирующим фактором активизации финансовой активности любой организации является использование инновационного подхода к формированию системы управления, который направлен не только на технологическую модернизацию учреждений и организаций, но и на создание новых видов услуг.

В зависимости от характера деятельности термин «система» объединяет несколько общих понятий:

- целостное образование с новыми свойствами, которыми обладают ее элементы;
- подмножество взаимосвязанных элементов, выделенное из множества объектов любой природы в соответствии с требованиями решаемой задачи;
- систематизированный набор средств влияния на подконтрольный объект для достижения определенных целей данным объектом.

С точки зрения современных экономистов [Павлова С.А., Паршенцев А.С., Крамин Т.В., Борисов А.Н., Балашов В.Г., Закорин Н.Д., Севастьянова С.А. и другие] каждая система является частью какой-то более крупной системы.

Объединение рассмотренных подходов в единую основу представляет возможность сформулировать принципы, характерные для системы управления: системность, комплексность, адаптивность, учёт риска, альтернативность, мониторинг.

В зависимости от объектов исследования и поставленных целей современные ученые предлагают различные организационные структуры систем управления, наиболее типичными являются следующие.

Ряд авторов [Цветков А.В., Попов А.А. и другие] в систему управления включают четыре подсистемы: управляющую, управляемую, обеспечивающую, научную, другие авторы [Борисов А.Н., Володина Н.Л., Зуева М.С., Ломидзе Ю.Л.] к имеющимся подсистемам добавляют диагностику и методы управления, третьи авторы [Плешков А.Ю., Паршенцев А.С., Сивкова С.А. и другие] подразделяют систему управления на три уровня: стратегический, тактический и оперативный.

Обобщенно проанализированные системы управления можно представить схематично следующим образом:

- управляющая подсистема- обеспечивающая подсистема – научная подсистема – управляемая подсистема – диагностика – результат , где
- обеспечивающая подсистема может быть представлена собственными, заемными и привлеченными ресурсами, а также включать правовую и информационную основу;
 - управляющая подсистема- это субъекты управления, осуществляющие функции контроля в соответствии с выбранной стратегией и тактикой;
 - управляемая подсистема – это объекты управления: персонал, финансы, инвестиции;
 - научная подсистема включает в себя исследования, разработки, ноу-хау и т.д.;
 - диагностика представляет собой детальный анализ финансовых возможностей

и результатов.

Поскольку система управления затратами является частью общей системы управления организации, то остановимся более подробно на её исследовании.

Учитывая сложность положения, в котором оказались ГУЗы страны, построение эффективной системы управления затратами ГУЗа должно основываться на достижении главных целей учреждения здравоохранения, среди которых: оказание квалифицированной доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, экстренной и иной медицинской помощи для обеспечения потребностей населения. При этом достижение данных целей невозможно без эффективного функционирования медицинского учреждения как составляющей сферы здравоохранения. Эффективность функционирования ГУЗа ставит перед системой управления следующие задачи:

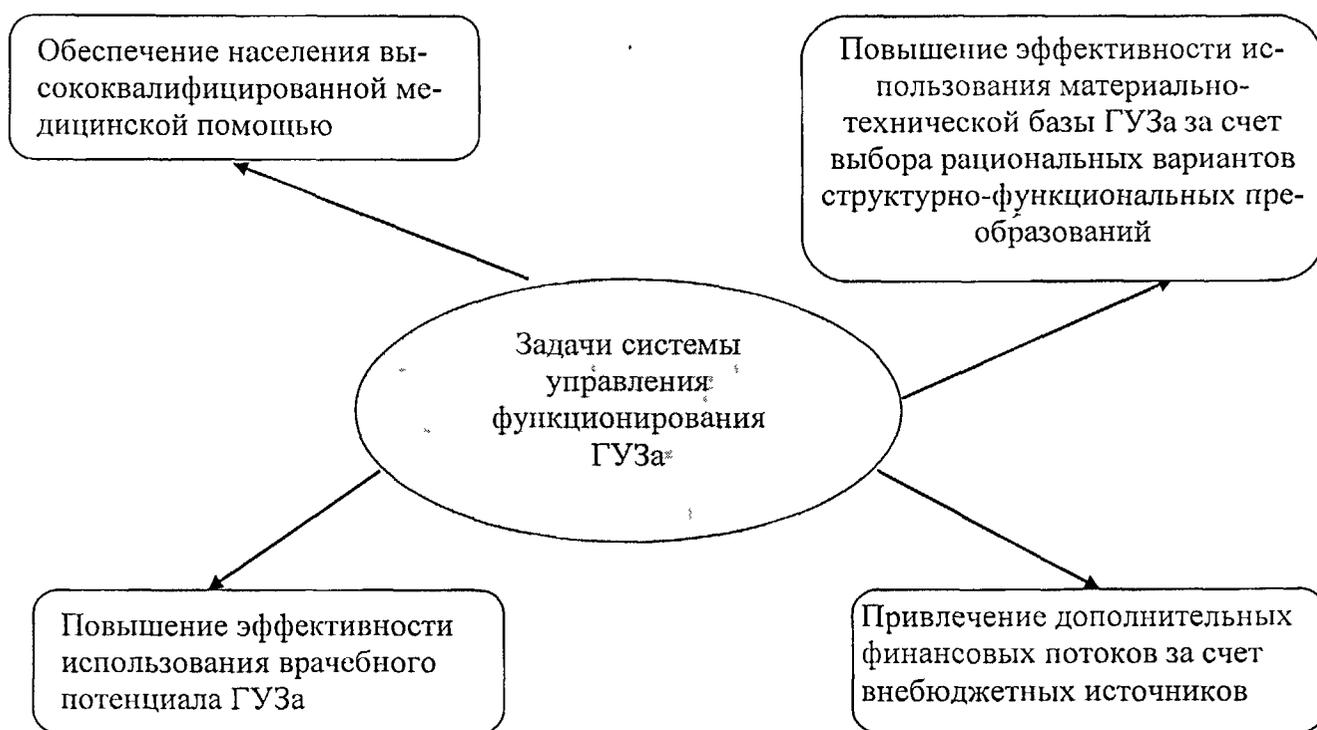


Рис. 2.4. Задачи системы управления функционирования ГУЗа.

Реализация перечисленных задач системы управления невозможна без их интеграции в стратегические цели ГУЗа. В свою очередь ГУЗы, получившие право самостоятельного ведения внебюджетной деятельности, включились в рыночные отношения как коммерческие предприятия. Данное обстоятельство обяза-

вает ГУЗы формировать рыночную стратегию, а также преобразовывать свою структуру в зависимости от сложившихся условий хозяйствования. Сосредоточение руководства ГУЗа на какой-либо из перечисленных ниже стратегий определяет генеральную цель ГУЗа в области управления затратами. Рис. 2.5.

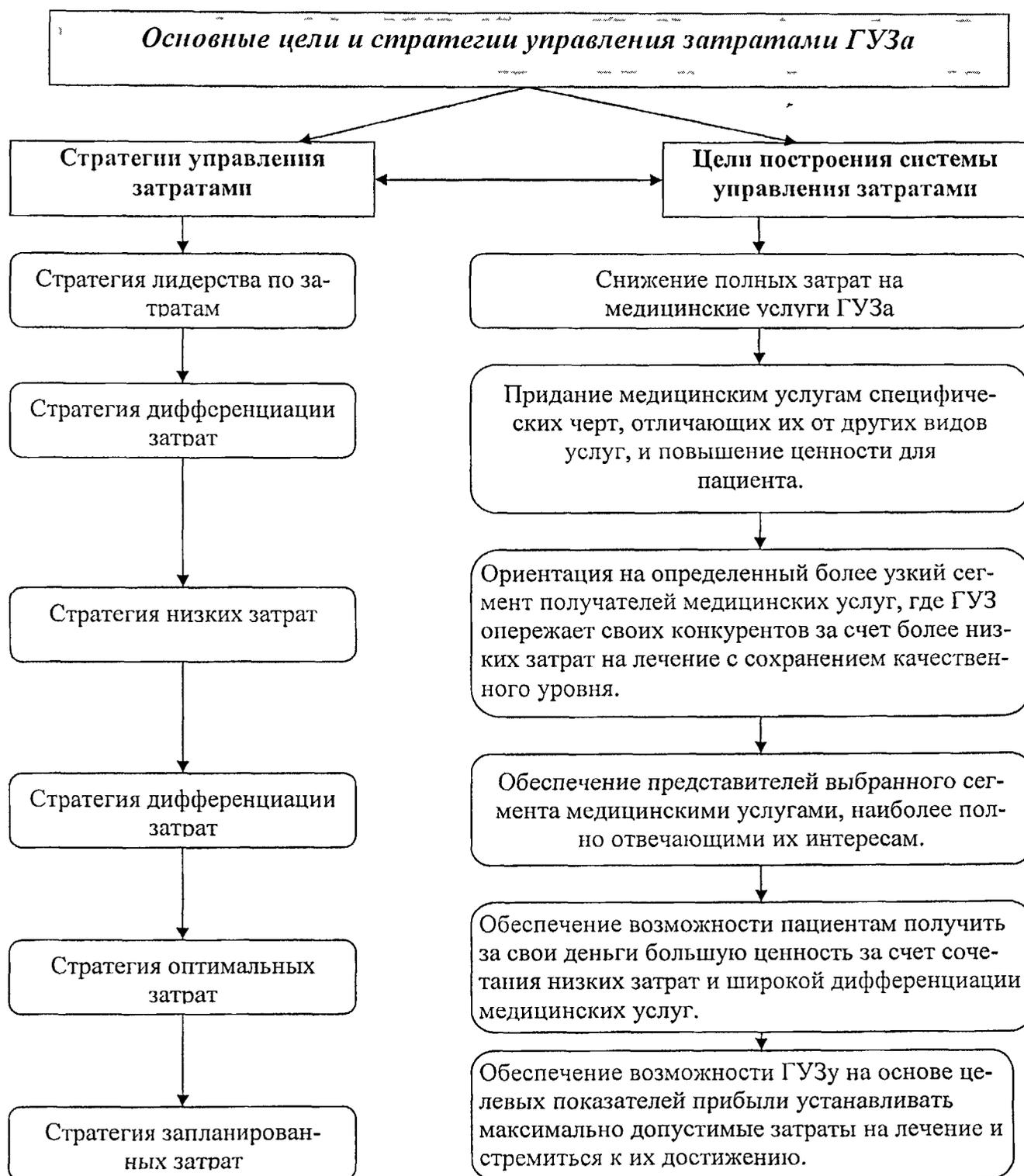


Рис. 2.5. Соотношение стратегий и целей управления затратами ГУЗа

Различные стратегические решения руководства ГУЗа предъявляют неодинаковые требования к системе управления затратами, которая должна содействовать достижению поставленной цели и реализации выбранной стратегии. Поэтому система управления затратами должна быть организована таким образом, чтобы существовала возможность реализации любой из перечисленных стратегий.

В настоящее время для ГУЗов стало характерным ведение двух видов деятельности: бюджетной и внебюджетной. При этом возникает ситуация, когда из-за недостаточности бюджетного финансирования часть затрат по бюджетной деятельности финансируется за счет внебюджетных источников доходов. А значит, на данном этапе развития системы здравоохранения развитие внебюджетной деятельности является необходимым условием выживания ГУЗов. При этом целевые установки системы управления затратами для этих двух по сути различных видов деятельности могут также отличаться друг от друга. При постановке целей и их декомпозиции необходимо обеспечить их непротиворечивость для бюджетной и внебюджетной деятельности.

При постановке целей формирования системы управления затратами ГУЗа необходимо выявить состав конечных продуктов его функционирования, поскольку деятельность любого ГУЗа характеризуется разнообразием предоставляемых услуг, востребованных как внешними потребителями, так и самой системой. При этом продукты ГУЗа можно подразделить на услуги, предоставляемые в рамках системы обязательного медицинского страхования, и услуги, производимые на договорной основе. Мы определили следующий состав конечных услуг ГУЗа, исходя из организационной структуры ГУЗов и их видов деятельности (Рис. 2.6)

Поскольку объектами управления затратами являются затраты ресурсов во всем их многообразии, необходимо выделить состав ресурсов, необходимых для обеспечения этапов жизненного цикла продуктов ГУЗа. Можно выделить следующие виды обеспечения деятельности ГУЗа: организационно-

техническое, материально-техническое, финансовое, кадровое, информационное, правовое.

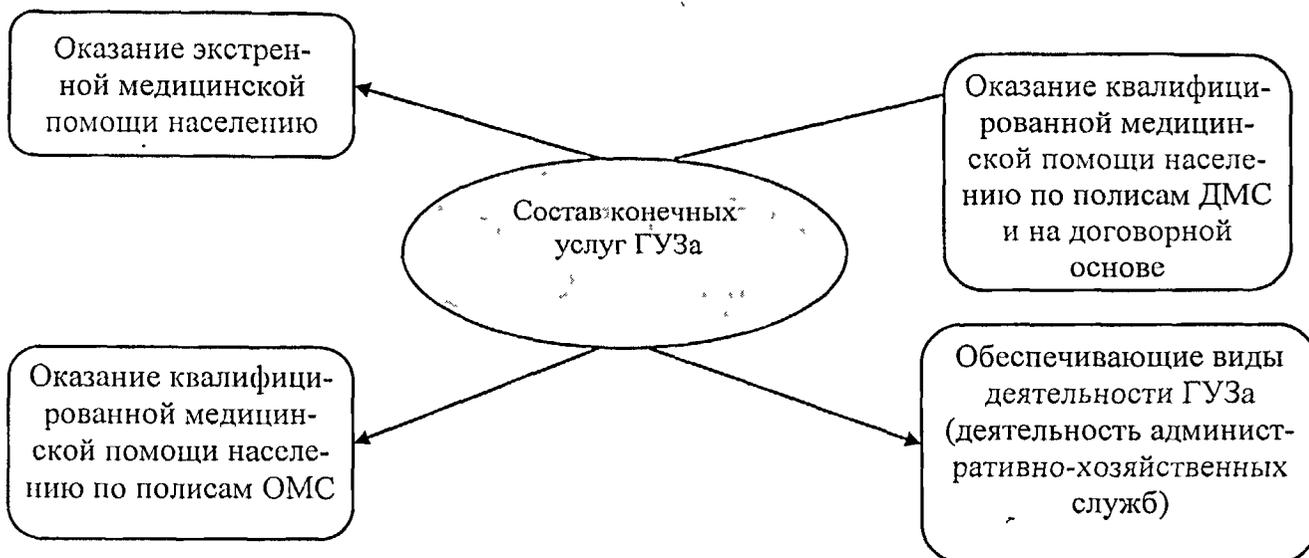


Рис. 2.6. Состав услуг ГУЗа на основе организационной структуры.

При построении системы управления затратами ГУЗа особую роль играют функции управления затратами, поскольку на различных этапах реализации управленческого цикла целевые установки меняются. Система функций управления затратами состоит из прогнозирования, планирования, организации, координации, регулирования, мотивации, учета, контроля и анализа.

Как показывает практика, управление затратами эффективно только при его жесткой увязке с системой бюджетирования [2, 20, 66 и др.]. Внедрение в ГУЗе системы бюджетирования может расцениваться как первый шаг на пути к управлению затратами. В свою очередь внедрение бюджетирования в ГУЗе является основой для выделения в его организационной структуре центров ответственности при сохранении их технологической взаимоувязки. Поскольку организация управления затратами на основе выделения центров ответственности предполагает их относительную самостоятельность в системе управления, то основанием для формирования блока функций оперативного управления затратами может служить структура центров ответственности ГУЗа.

Данный подход позволяет закрепить за определенными отделениями полномочия по управлению затратами, выявить прямые издержки с целью пол-

ного их включения в себестоимость услуги, а также соотнести возникающие непроизводительные затраты с ответственностью за них конкретных лиц.

Построение структуры управления затратами на основе выделения в ГУЗе центров ответственности является необходимым условием построения инновационной системы управления затратами ГУЗа.

В литературе, посвященной управлению затратами, обращается внимание на тот факт, что управление затратами на предприятии, включающем в себя множество подразделений, осуществляющих различную по своей технологии деятельность, невозможно без внедрения системы бюджетирования центров ответственности.

Цель метода управления затратами в центрах ответственности - планирование и накопление данных о затратах и доходах рассматриваемого центра [71]. Это позволяет руководителям отчитываться за затраты и доходы отделения и фиксировать отклонения от плана. Таким образом, руководство ГУЗа получает возможность контролировать затраты и доходы отделений и фиксировать результаты их работы с целью эффективного управления ГУЗом.

Центром ответственности признается функционально, технологически и организационно обособленное структурное подразделение ГУЗа, оказывающее свой вид услуг [4, 5, 46, 56 и др.].

В зависимости от того, по каким результатам контролируется основная ответственность отделения, определяется его принадлежность к тому или иному типу центров ответственности.

В соответствии с решаемыми задачами управленческого учета в ГУЗе выделяют три типа центров ответственности: центр затрат, центр прибыли и центр инвестиций. Описание и сравнительная характеристика выделенных типов ЦО представлена на рис. 2.7.

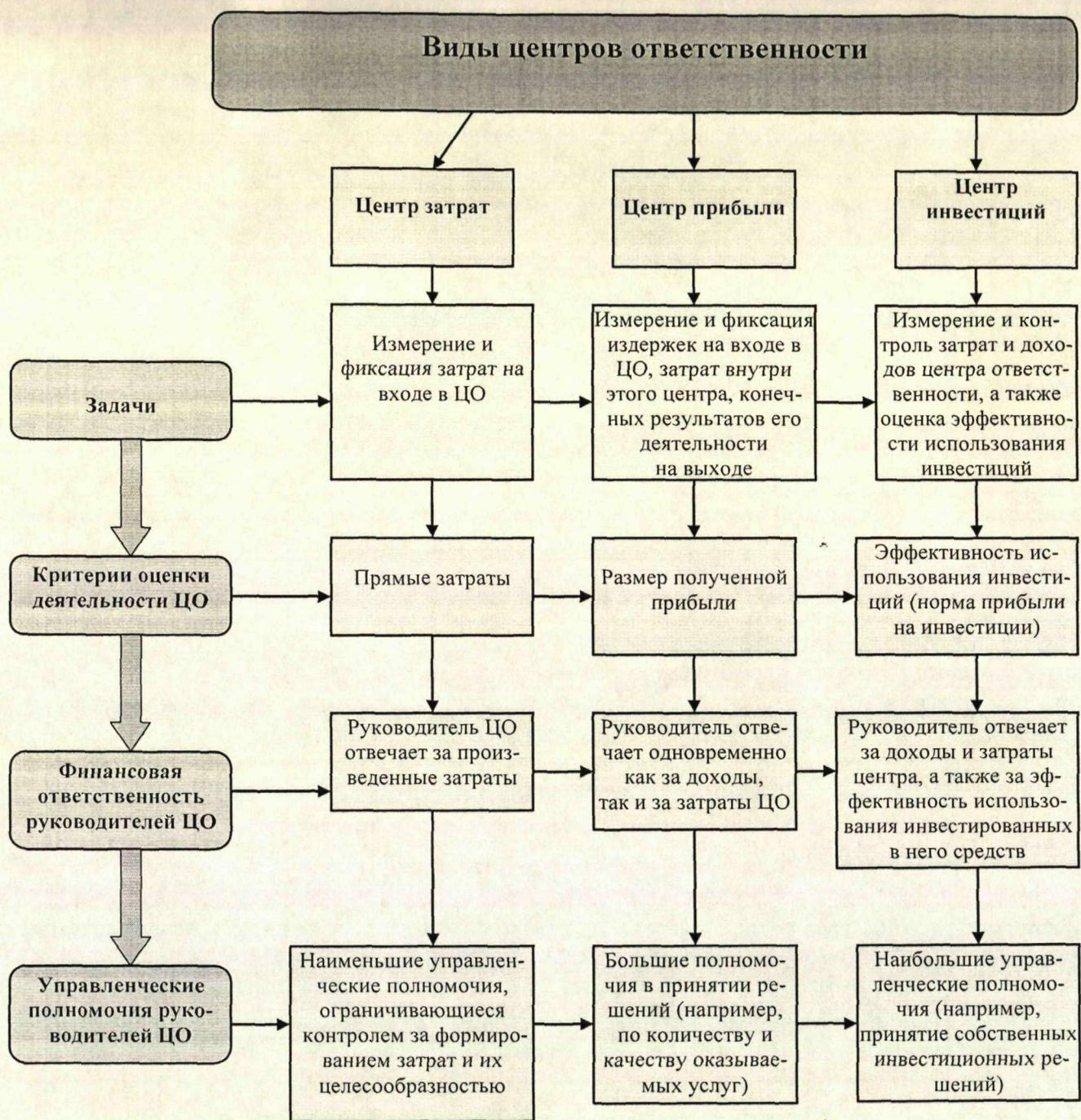


Рис. 2.7. Сравнительная характеристика центров ответственности

Кроме того, все центры ответственности делятся по функциональному признаку на основные, затраты которых прямо ложатся на выпускаемую ими продукцию (услуги), и вспомогательные, затраты которых являются косвенными. [12, 68, 123 и др.].

В литературе, посвященной бюджетированию [12, 20, 123 и др.], основным моментом при выделении центров ответственности является выявление всех видов деятельности предприятия, а также видов производимой продукции,

выполняемых работ и оказываемых услуг. Для ГУЗов Российской Федерации основными видами деятельности являются медицинские виды деятельности.

В соответствии с типовыми организационными структурами российских ГУЗов можно выделить следующие центры ответственности:

1. Центрами инвестиций являются полностью самостоятельные подразделения, ответственные за все виды деятельности ГУЗа, в том числе и осуществление капитальных вложений в развитие. В существующих условиях хозяйственной деятельности ГУЗов центром инвестиций можно признать ГУЗ в целом, так как только у высшего руководства ГУЗа (в лице Главного врача и его заместителей) имеются необходимые полномочия и информация для осуществления инвестиций. При этом признание ГУЗа центром инвестиций налагает на него ответственность не только за развитие его деятельности путем осуществления капиталовложений, но и за эффективность вложенных средств.

2. Центрами прибыли, в которых контроль ведется не только по расходам, но и по доходам, являются подразделения, оказывающие населению не только бесплатные для пациента медицинские услуги, на основе одноканального финансирования (бюджетные средства и ОМС), но и платные, на основе договорных отношений. Руководители данных центров ответственности должны планировать и учитывать доходы и расходы, а также нести ответственность по ним. К центрам прибыли ГУЗа относятся: аптека, кабинет УЗИ, кабинет рентгена, пищеблок, Заместители Главного врача. Для этих центров ответственности характерно как наличие затрат на производство продукции и оказание услуг, так и получение доходов от реализации данных товаров и услуг. Бюджет этих центров ответственности должен иметь как расходную, так и доходную часть. При этом доходная и расходная часть бюджета каждого отделения должна подразделяться на оказание медицинских услуг по договорам и оказание медицинских услуг за счет средств бюджета и по полисам ОМС.

Центрами затрат являются те отделения, в которых планирование и учет ведется только по затратам на их деятельность. При этом медицинские отделения ГУЗа, затраты которых напрямую зависят от количества пролеченных па-

циентов и прямо включаются в себестоимость оказываемых медицинских услуг, являются центрами регулируемых затрат. Центрами регулируемых затрат являются: приемное отделение, хирургическое, гинекологическое и прочие медицинские отделения ГУЗа, а также прачечная, служба снабжения, служба уборки помещений. Затраты данных подразделений можно соотнести с количеством лечащихся пациентов. Руководители этих центров ответственности получают самостоятельность в использовании части ресурсов, необходимых для осуществления деятельности подразделения. Планово-финансовое управление и различные административно-хозяйственные службы, участвующие в обслуживании основной (медицинской) деятельности ГУЗа, являются центрами нерегулируемых (заданных) затрат, поскольку их деятельность не зависит (или мало зависит) от количества пациентов. Центрами нерегулируемых затрат являются все остальные отделения ГУЗа, преимущественно административные – отдел кадров, бухгалтерии, статистики и пр. Затраты данных подразделений считаются заданными и напрямую не зависят от количества оказываемых услуг.

Система управления затратами ГУЗа будет эффективно работать только в том случае, если будет иметь в своей структуре соответствующий механизм.

Структура механизма управления затратами ГУЗа должна отражать все многообразие связей элементов системы, включая такие характеристики как направленность взаимодействия, тесноту связи, целеориентацию, доступный набор функций и инструментов в осуществлении деятельности элементного состава системы.

При рассмотрении механизма управления затратами ГУЗа необходимо особое внимание уделить сложности взаимосвязей между объектами и субъектами управления затратами. Разработанный автором механизм управления затратами ГУЗа представлен на рисунке 2.8.

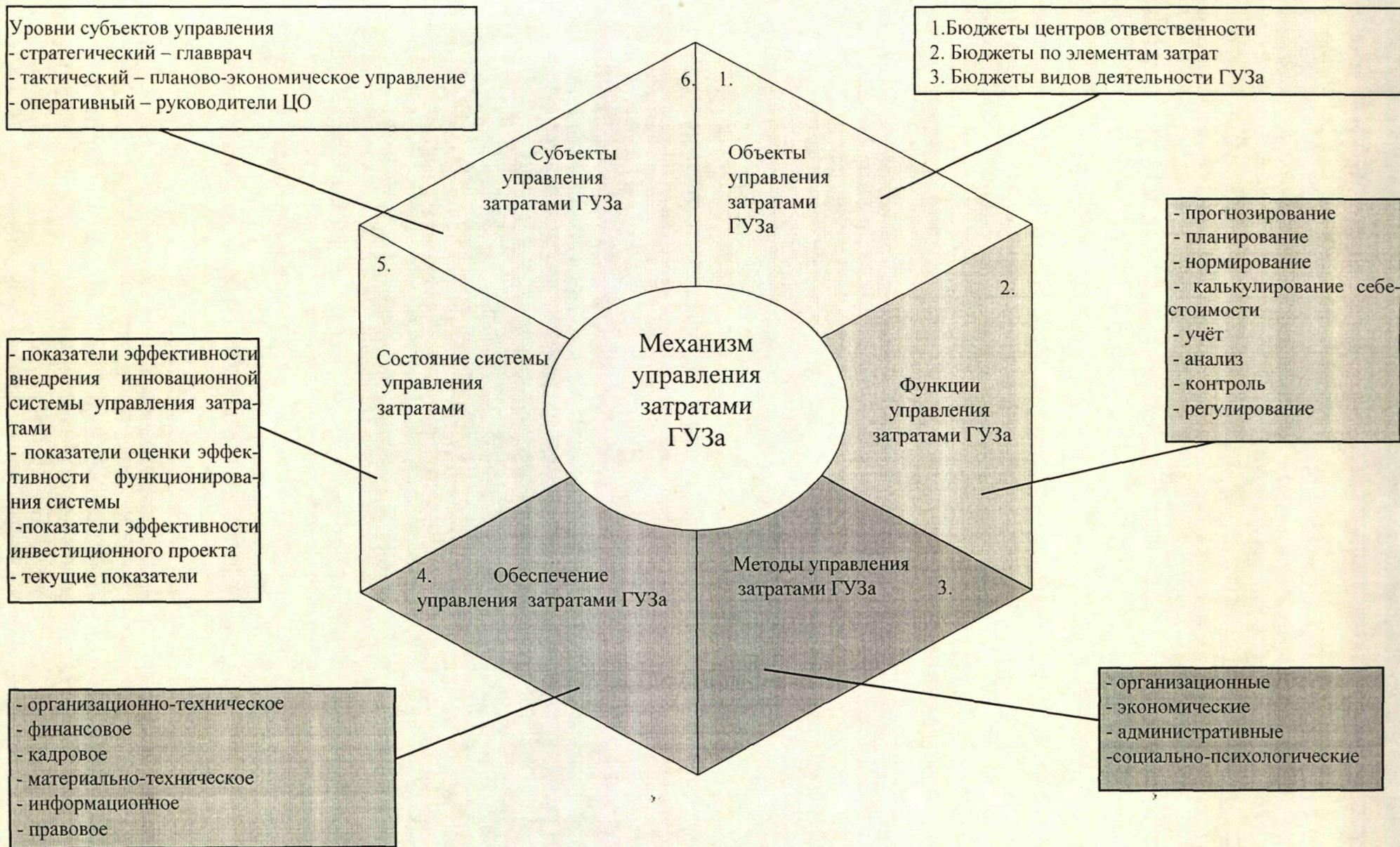


Рис. 2.8. Механизм управления затратами ГУЗа.

Субъект управления затратами в указанном механизме характеризуется, прежде всего многоуровневостью, что позволяет разделить временной горизонт управленческого цикла на три составляющие.

Заведующие отделений ГУЗа получают возможность осуществлять оперативное управление бюджетами затрат своих отделений. С одной стороны это позволяет мотивировать как заведующих самих отделений, так и их персонал, принимать своевременные решения о реализации тех или иных функций отделения или предпринимательской деятельности. С другой стороны, это освобождает высшее руководство (главного врача и его заместителей) ГУЗа от текущих проблем, тем самым, позволяя ему сосредоточиться на стратегическом управлении, что повышает конкурентоспособность ГУЗа.

Планово-экономическое управление ГУЗа решает задачи управления затратами в целом по ГУЗу с целью приведения их к рациональному минимуму при сохранении стандартов и качества лечения. Данный уровень управления обобщает бюджеты отделений ГУЗа в сводный бюджет, формирует бюджеты видов деятельности ГУЗа, рассчитывает их полную себестоимость для целей ценообразования, усеченную себестоимость для целей оптимизации структуры управления затратами ГУЗа, осуществляет анализ затрат по всем направлениям. Еще одной немаловажной функцией тактического уровня управления является предоставление сводной аналитической информации о затратах и результатах деятельности ГУЗа стратегическому уровню управления.

Руководство ГУЗа во главе с главным врачом ГУЗа включает в себе функции стратегического менеджмента, а также несет функцию утверждения бюджетов затрат на предстоящий период и принимает исполнение бюджетов за прошедший период.

Традиционно объектами управления затратами являются затраты во всем их разнообразии. В представленной выше схеме механизма управления затратами ГУЗа объекты управления характеризуются многообразием их состава и классификаций, а также сложностью взаимосвязей. Особенностью управления затратами ГУЗа является бюджетирование затрат по различным направлениям.

Комплексность и многоуровневость бюджетов предопределяет многоэтапное формирования объектов управления затратами. На первоначальном этапе формируются бюджеты затрат центров ответственности, которые разбиваются на:

- бюджеты элементов затрат;
- бюджеты видов деятельности.

На следующем этапе для целей ценообразования из перечисленных бюджетов составляются бюджеты носителей затрат. Таким образом, рассчитывается полная себестоимость лечения различных видов заболеваний, а также бюджеты видов деятельности ГУЗа.

Такая классификация объектов управления затратами позволяет производить наиболее полный и точный анализ затрат, выявлять отклонения от плановых показателей и определять ответственных за эти отклонения лиц.

Одним из важных элементов механизма управления затратами является комплекс функций, помогающих достичь поставленных перед системой целей и связывающих субъекты и объекты управления.

Нормирование, как одна из функций управления затратами и часть предлагаемой системы учета затрат ГУЗа, призвано установить единые объективно обусловленные нормативы затрат на ведение деятельности ГУЗа в разрезе каждой составляющей объекта управления затратами. При этом необходимо отметить, что при постановке системы управления затратами ГУЗа нужно провести одноразовую объемную работу по нормированию, калькулированию и увязке полученных результатов с целями ГУЗа и зафиксировать данные стандарты на достаточно долгий период, оперативно выявляя отклонения от норм и относя их на ответственных за эти отклонения лиц, либо вносить изменения в существующие нормы.

Учет затрат призван подготовить информацию для их анализа. Учет и нормирование затрат производится в разрезе полной и усеченной себестоимости видов деятельности ГУЗа. Наряду с определением полной себестоимости медицинских видов деятельности ГУЗа особое внимание следует обратить на

учет затрат по усеченной себестоимости, который позволяет оптимизировать структуру затрат ГУЗа .

Контроль и регулирование затрат осуществляются на различных уровнях субъекта управления и замыкают собой управленческий цикл. Эти функции управления являются необходимым условием самого существования системы управления затратами, выявляя отклонения от достижения целей и оказывая необходимые корректирующие воздействия для приведения системы в удовлетворяющий заданным требованиям вид.

В представленном на рисунке 2.8 механизме управления затратами ГУЗа выбраны следующие методы оказания управленческого воздействия: организационные, административные, экономические и социально-психологические.

Организационные методы проявляются в определении организационной структуры управления затратами, в частности, в выделении центров ответственности, организации системы планирования и учета затрат и т.д.

Административные методы связаны с использованием директивных воздействий, в частности приказов и распоряжений, а также утверждению бюджетов затрат высшим руководством ГУЗа.

Экономические методы создают мотивацию руководителей центров ответственности и их подчиненных, используя ответственность за отклонения фактических затрат от плановых и нормативных и поощрение за экономию затрат посредством использования суммы экономии на премии сотрудникам ЦО и развитие ресурсной базы ЦО.

Социально-психологические методы реализуются через создание благоприятного социально-психологического климата в центрах ответственности.

Среди элементов обеспечения системы управления затратами ГУЗа необходимо выделить в особую категорию информационное обеспечение. Внедрение бюджетирования центров ответственности и разработанного нами метода учета требует информационной поддержки, как в виде специального про-

граммного обеспечения, так и в виде создания и сведения в единую систему бюджета всех видов, обеспечение необходимыми формами бюджетов.

Неотъемлемым элементом механизма управления затратами ГУЗа является комплекс управленческих мероприятий по определению состояния и тенденций развития системы управления затратами, когда проводится анализ и контроль системы и ее соответствия заданному состоянию. А на основе сделанных выводов предлагаются и осуществляются корректирующие управленческие воздействия.

Обобщая сказанное выше, система управления затратами ГУЗа может быть представлена в следующем виде (рис. 2.9.)

Представленная структура системы управления затратами для ГУЗа должна обеспечивать достижение общих для ГУЗа в целом стратегических целей.

Кроме перечисленных общих целей системы управления затратами ГУЗа существуют также задачи, выполнение которых позволяет достичь указанных целей. Главной задачей является оперативный мониторинг затрат с целью установления текущих проблем в состоянии системы управления затратами ГУЗа и оперативного реагирования на эти проблемы с целью их устранения. Механизм мониторинга затрат ГУЗа должен включать в себя составляющие его элементы, которые помогали бы управленцам различных уровней принимать обоснованные управленческие решения, направленные на оптимизацию затрат ГУЗа.

Одним из наиболее эффективных элементов мониторинга затрат является методика анализа взаимосвязи «затраты - объем - прибыль». Этот анализ поможет руководству ГУЗа выявить оптимальные пропорции между переменными и постоянными затратами, ценой лечения различных видов заболеваний и количеством пациентов, которых можно принять в ГУЗ на договорной основе, учитывая загрузку учреждения пациентами по полюсам ОМС. Мониторинг затрат предполагает принятие управленческих решений на основе системы

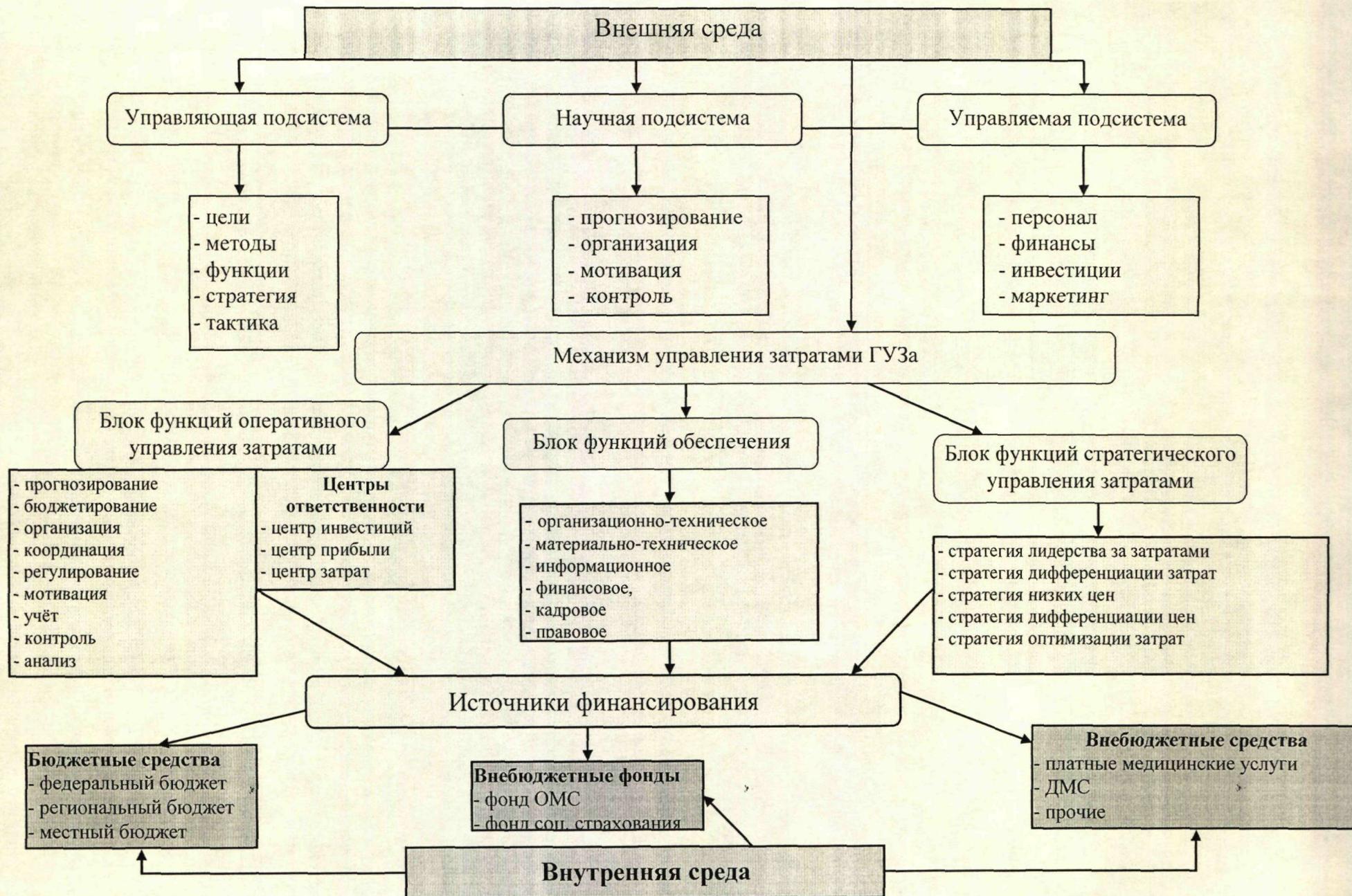


Рис. 2.9. Система управления затратами ГУЗа.

показателей : маржинальный доход, точка безубыточности, себестоимость, рентабельность, запас финансовой прочности (дефицита).Источниками для расчёта должны стать планируемые объемы оказания медицинских услуг с разделением на лечение по полюсам ОМС и договорам, цены на медицинские услуги, переменные затраты на лечение одного пациента, постоянные затраты, связанные с ведением медицинской деятельности.

Что касается другого элемента мониторинга состояния затрат, бюджетирования, то в этом случае контроль состояния бюджетов отделений необходимо производить как можно чаще, сравнивая нормативы затрат в бюджете с их реальной величиной. Чем выше частота такого мониторинга, тем более точно возможно определить как сами отклонения от нормативов, так и установить их причину, виновных лиц и отрегулировать выявленную проблему.

Таким образом, основные задачи, связанные с управлением затратами ГУЗа будут строиться по двум составляющим:

- регулярный анализ «затраты - объем - прибыль»;
- анализ отклонений «плановый бюджет центра ответственности - реальный бюджет центра ответственности».

Кроме перечисленных составляющих мониторинг затрат ГУЗа помогает решить и ряд сопутствующих задач, таких как установление цены на услуги ГУЗа, материальное стимулирование сотрудников центров ответственности за экономию ресурсов или лучшие результаты труда и т.п.

Перечисленные цели и задачи системы управления затратами определяют необходимость изменения централизованной структуры управления ГУЗом в сторону разумной децентрализации функций управления. Часть из указанных целей и задач разумнее решать на более низких уровнях управления, «на местах». Например, с задачей мотивации сотрудников отделения, имея дос-

таточные полномочия и сэкономленные ресурсы этого отделения, лучше всего справится заведующий отделением, так как только он может более точно и полно определить вклад того или иного специалиста в выполнение основных функций отделения. В то же время задача проведения анализа «затраты - объем - прибыль» может быть выполнена лишь с использованием всей информации о затратах ГУЗа, а значит данная функция должна выполняться на уровне руководства ГУЗа совместно с планово-экономическим отделом.

При переходе к административным действиям по снижению затрат ГУЗа необходимо их правильно посчитать и распределить между различными видами деятельности, а также отделениями ГУЗа.

Рыночный характер деятельности учреждений здравоохранения проявляется в том, что по значительной номенклатуре оказываемых медицинских услуг себестоимость, цены, прибыль и другие экономические показатели складываются под влиянием спроса и предложения на эти услуги. В этой связи построение адекватной системы управления затратами, удовлетворяющей целям и задачам ГУЗа имеет неопределимое значение при необходимости быстрого реагирования на изменяющуюся рыночную ситуацию.

Таким образом, система управления затратами муниципального учреждения здравоохранения - это совокупность элементов управляющей подсистемы, воздействующих на управляемую подсистему с помощью набора функций и методов управления, образующих управленческий цикл, находящихся во взаимодействии с окружающей средой, имеющих определенную структуру и порядок взаимодействия, с целью оптимизации затрат на достижение высокого качества медицинской деятельности ГУЗа.

2.3 Методические рекомендации по управлению затратами государственного учреждения здравоохранения.

Для построения эффективной системы управления затратами огромное значение имеет правильный выбор метода или методов учета затрат. В первую очередь, метод учета затрат в ГУЗе должен решать задачу корректного и точного определения себестоимости по каждому виду затрат, под которым понимается законченный случай, койко-день, медицинская услуга, врачебная манипуляция и пр.

В виду специфики смешанного финансирования учреждения здравоохранения необходима возможность исчисления себестоимости, как медицинской услуги, так и законченного случая лечения пациента, как койко-дня круглосуточного стационара, так и дня лечения пациента в дневном стационаре. Кроме того, перед методом учета затрат в ГУЗе ставится задача определения себестоимости медицинских и немедицинских видов деятельности ГУЗа. Также метод учета затрат должен давать возможность для глубокого всестороннего анализа структуры и динамики затрат, факторного анализа затрат.

Сравнительный анализ существующих методов учета затрат показал, что наиболее полно все выше перечисленные задачи решают «Activity-Based Costing» (ABC-метод) и нормативный метод учета затрат. Нами разработан инновационный метод управления затратами ГУЗа, основанный на вышеперечисленных методах.

Предлагаемая методика управления затратами позволяет учитывать затраты в полном объеме в разрезе статей калькуляции, центров ответственности, а также видов деятельности ГУЗа. Кроме того, особенностью предлагаемой методики является система показателей, пропорционально которым каждая статья накладных расходов с учетом ее специфики относится на определенный вид затрат. Это позволяет определить полную себестоимость объекта калькуляции с высокой степенью точности.

Техника применения рассматриваемого метода управления затратами основана на том, что расходы анализируются с позиции полезного вклада в осуществление определенной функции.

Данный метод позволит ГУЗу оптимизировать планирование, нормирование, учет и контроль затрат. Кроме того, данный метод позволяет автоматизировать процесс управления затратами, что обеспечит быстрое и точное определение себестоимости любого вида затрат. Нами предлагается поэтапная схема расчета себестоимости видов затрат ГУЗа (Рисунок 2.10).

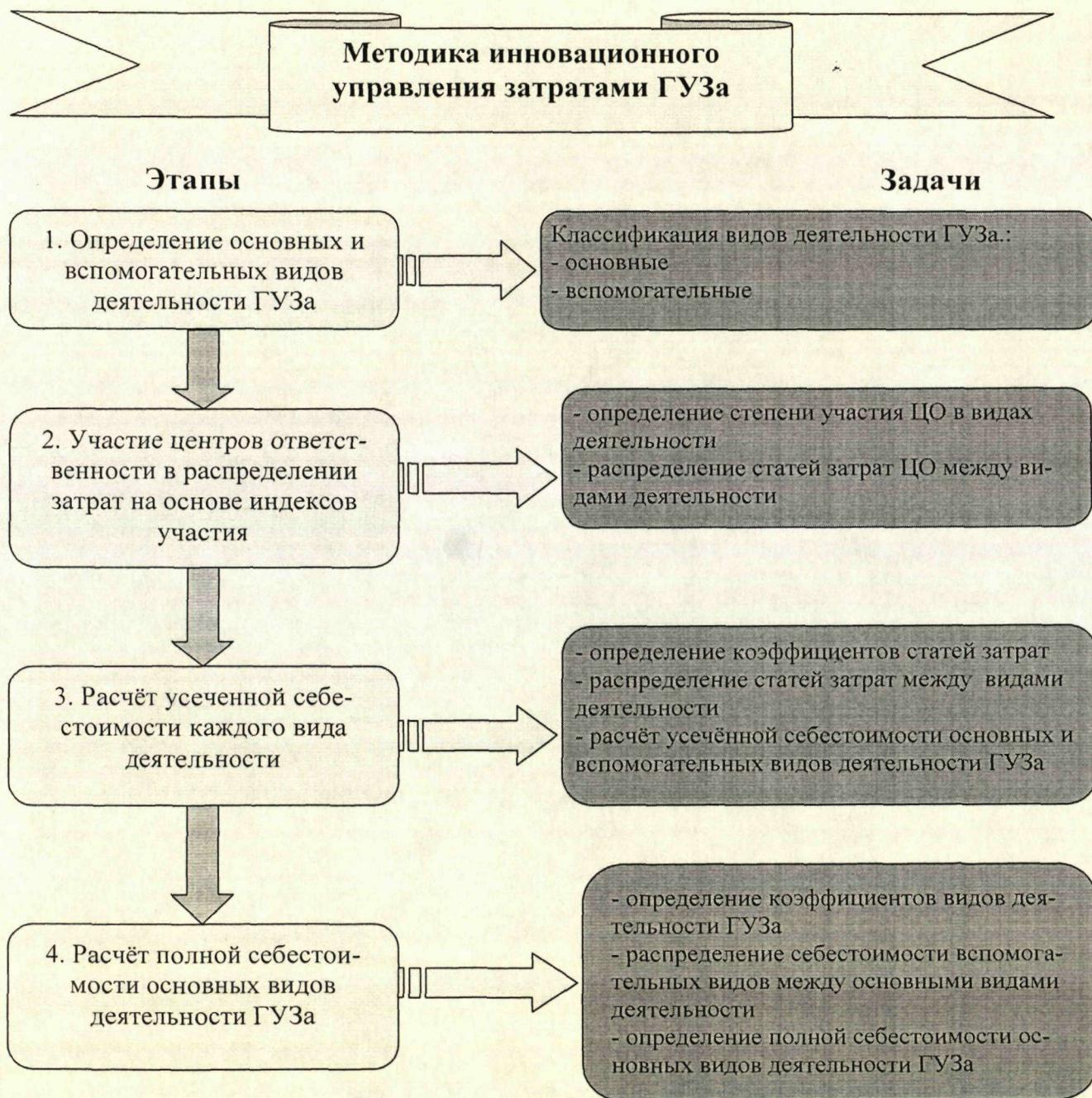


Рис. 2.10. Методика инновационного управления затратами ГУЗа.

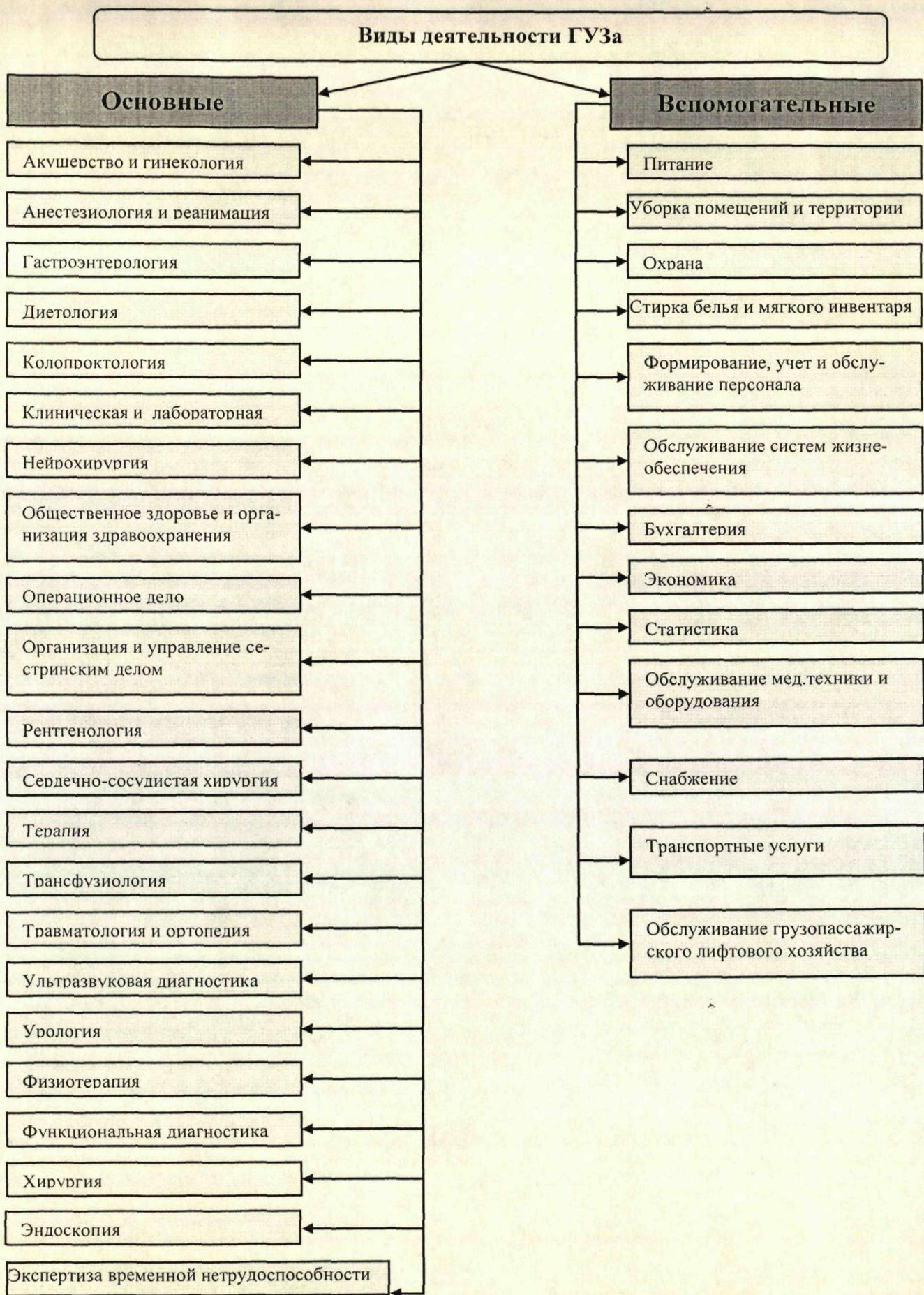


Рис. 2.11. Классификация видов деятельности ГУЗа

Первый этап предлагаемой методики связан с определением основных и вспомогательных видов деятельности, перечень которых закреплен в Уставе каждого ГУЗа.

Вся деятельность ГУЗа разделяется по видам: основные (медицинские) виды деятельности, в рамках которых оказывается медицинская помощь населению с применением современных лечебно-диагностических методов, и вспомогательные (немедицинские) виды деятельности, обеспечивающие возможность осуществления первых (Рисунок 2.11). Однако для возможности осуществления основных (медицинских) видов деятельности ГУЗу необходимо выполнение таких функций, как обслуживание систем жизнеобеспечения, системы питания, работа прачечной, уборка помещений, ведение бухгалтерского учета, системы финансового контроля деятельности учреждения и пр. Данные функции носят вспомогательный характер и относятся к немедицинской деятельности учреждения. Соответственно выделяются основные и вспомогательные центры ответственности.

После выделения медицинских и немедицинских видов деятельности ГУЗа необходимо выделить статьи затрат и распределить их между центрами ответственности согласно коэффициентов статей затрат.

Поэтому второй этап методики непосредственно связан с расчётом коэффициентов статей затрат. На данном этапе создается база распределения затрат ГУЗа по центрам ответственности, путем присвоения каждой статье затрат определенного коэффициента. Коэффициент статьи затрат – это показатель, характеризующий специфику статьи затрат, являющийся базой распределения затрат учреждения по центрам ответственности. Главной задачей, таким образом, является выбор оптимального показателя, то есть коэффициента статей затрат, который бы наиболее полно и точно отражал специфику каждой статьи затрат и определял долю затрат ЦО в совокупных затратах ГУЗа. Предложенная нами база распределения коэффициентов статей затрат представлена в таблице 2.16.

Таблица 2.16.

Определение показателей статей затрат ГУЗа

Статья затрат	Показатель	Единица измерения	Итого по ГУЗу
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	Количество отработанных дней сотрудниками ЦО	Человеко-день	$\sum K_1$
Транспортные услуги	Количество вызовов ЦО	Вызов	$\sum K_2$
Коммунальные услуги	Площадь помещения ЦО	Кв.м.	$\sum K_3$
.....	.....	.....	$\sum K_{...}$
Работы, услуги по содержанию имущества	Количество вызовов ЦО	Ед.	$\sum K_n$

В соответствии с показателями статей затрат ГУЗа назначаются коэффициенты статей затрат по каждому ЦО (Таблица 2.17.). Коэффициент статьи затрат – числовой множитель, характеризующий долю отнесения определенных затрат на тот или иной ЦО.

Таблица 2.17.

Коэффициенты статей затрат по центрам ответственности

Наименование статей затрат	Итого по ГУЗу, ед. изм.	Центры ответственности				
		ЦО1	ЦО2	ЦО3	....	ЦОn
1	$\sum K_1$	$K_{1/1}$	$K_{2/1}$	$K_{3/1}$	$K_{.../1}$	$K_{n/1}$
2	$\sum K_2$	$K_{1/2}$	$K_{2/2}$	$K_{3/2}$	$K_{.../2}$	$K_{n/2}$
3	$\sum K_3$	$K_{1/3}$	$K_{2/3}$	$K_{3/3}$	$K_{.../3}$	$K_{n/3}$
....	$\sum K_{...}$	$K_{1/...}$	$K_{2/...}$	$K_{3/...}$	$K_{.../...}$	$K_{n/...}$
n	$\sum K_n$	$K_{1/n}$	$K_{2/n}$	$K_{3/n}$	$K_{.../n}$	$K_{n/n}$

где $\sum K_i$ – суммарный показатель по ГУЗу коэффициента i-ой статьи затрат, $K_{j/i}$ – коэффициент j-го центра ответственности по i-ой статье затрат.

С помощью коэффициентов статей затрат определяется себестоимость каждого ЦО. Распределение статей затрат ГУЗа между центрами ответственности представлено в таблице 2.18.

$$\text{Себестоимость ЦО } (S_j) = \sum (Z_i * K_{j/i})$$

Таблица 2.18

Распределение статей затрат ГУЗа между центрами ответственности

Наим-ие статей затрат	Центры ответственности	ЦО1	ЦО2	ЦО3	....	ЦОn
	Затраты, руб.					
1	Z1	$Z1 * K1/1$	$Z1 * K2/1$	$Z1 * K3/1$	....	$Z1 * K_n/1$
2	Z2	$Z2 * K1/2$	$Z2 * K2/2$	$Z2 * K3/2$	....	$Z2 * K_n/2$
3.	Z3	$Z3 * K1/3$	$Z3 * K2/3$	$Z3 * K3/3$	....	$Z3 * K_n/3$
...
N	Zn	$Zn * K1/n$	$Zn * K2/n$	$Zn * K3/n$	....	$Zn * K_n/n$
ИТОГО себестоимость ЦО:		S1	S2	S3	....	Sn

где Z_i – сумма затрат по i -ой статье,

$K_{j/i}$ – коэффициент j -го центра ответственности по i -ой статье затрат,

S_j – себестоимость j -го центра ответственности.

После определения себестоимости каждого ЦО необходимо произвести их распределение между видами деятельности ГУЗа с помощью индекса участия ЦО в видах деятельности.

На основе представленной ранее классификации видов медицинской и немедицинской деятельности ГУЗа осуществляется выявление основных центров ответственности (ОЦО), выполняющих конкретные виды медицинской деятельности и использующих результаты немедицинской деятельности, а также вспомогательных центров ответственности (ВЦО), выполняющих конкретные виды немедицинской деятельности для поддержания медицинских видов деятельности ОЦО.

Каждое отделение в большем или меньшем объеме выполняет несколько видов медицинской деятельности, таким образом, совокупные затраты ОЦО будут разноситься на каждый вид, выполняемой им деятельности, пропорционально определенному индексу. Поэтому на данном этапе необходимо следующее: определение основных и вспомогательных ЦО; установление перечня медицинских видов деятельности, выполняемых конкретным ОЦО; определение индекса, устанавливающего долю каждого вида медицинской деятельности для определенного ОЦО; выделение для каждого ВЦО, выполняемых им, неме-

дицинских видов деятельности; определение индекса, устанавливающего долю каждого вида немедицинской деятельности для определенного ВЦО.

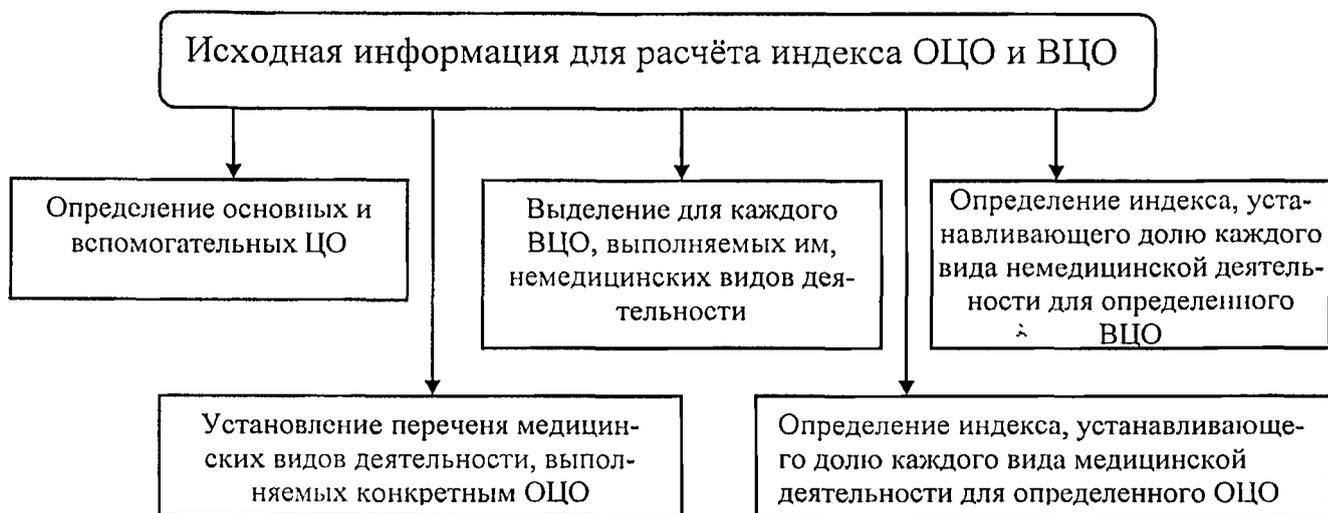


Рис. 2.12. Информация для расчёта индексов ОЦО и ВЦО

Для каждого ЦО определяется индекс участия ЦО в выполнении видов деятельности ГУЗа (Таблица 2.19.). Индекс участия центра ответственности определяет долю его вклада в выполнение определенного вида деятельности ГУЗом в целом. За критерий определения доли участия ЦО целесообразно принять количество проведенных операций (манипуляций). Как правило, один ЦО выполняет несколько видов деятельности.

Таблица 2.19

Индексы участия центров ответственности в выполнении видов деятельности ГУЗа.

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	1	2	3	...	n
ЦО1	IU1/1	-	IU3/1	...	-
ЦО2	-	IU 2/2	IU3/2	...	-
ЦО3	-	IU 2/3	-	-	IU n/3
...
ЦОn	IU 1/n	-	IU 3/n	...	IU n/n

где IU_j – коэффициент участия j -го центра ответственности в определенном виде деятельности.

Третий этап методики связан непосредственно с расчётом усечённой себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа.

После определения индексов участия ЦО рассчитывается усеченная себестоимость всех видов деятельности ГУЗа (медицинских и немедицинских видов деятельности отдельно друг от друга). При этом если полная себестоимость (absorption costing) рассчитывается с учётом всех понесённых затрат, то усечённая себестоимость (direct costing) предполагает отнесение на себестоимость единицы услуг только переменных затрат. Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности ГУЗа представлено в таблице 2.20.

Усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа (USO_n, USV_n) = $\sum (S_j * IU_j)$

Таблица 2.20

Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности ГУЗа

Центры ответственности	Виды деятельности ГУЗа (осн. и вспом.)	1	2	3	....	n
	Себест-ть ЦО, руб					
ЦО1	S1		S1 * IU /1	S1 * IU 3/1		
ЦО2	S2	S2 * IU1/2		S2 * IU 3/2	....
ЦО3	S3		S3 * IU /3		....	S3 * IU n/3
...
ЦОn	Sn	Sn * IU1 /n		Sn * IU 3/n	....	Sn * IU n/n
ИТОГО усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа:		USO1	USO2	USO3	....	USVn

где S_j – себестоимость j-го центра ответственности,

IU_j – коэффициент участия j-го центра ответственности в определенном виде деятельности,

USO_n, USV_n – усеченная себестоимость основного и вспомогательного вида деятельности соответственно.

После определения усеченной себестоимости медицинских и немедицинских видов деятельности необходимо произвести расчет полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа.

Поэтому четвёртым этапом представленной методики является расчёт полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа.

Для определения полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между медицинскими. Для этого устанавливаются коэффициенты видов деятельности ГУЗа (Таблица 2.21). Коэффициент вида деятельности – это показатель, характеризующий специфику вспомогательного вида деятельности, являющийся базой отнесения его себестоимости на основные виды деятельности. Критерием определения коэффициента вида деятельности ГУЗа могут быть: для питания – койко-дни стационара, для уборки помещений – площадь помещений и т.д.

Таблица 2.21

Коэффициенты видов деятельности ГУЗа

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности				
	1	2	3	...	n
1	ВД1/1	ВД2/1	ВД3/1	ВД.../1	ВДn/1
2	ВД1/2	ВД2/2	ВД3/2	ВД.../2	ВД n/2
3	ВД 1/3	ВД 2/3	ВД 3/3	ВД .../3	ВД n/3
...	ВД 1/...	ВД 2/...	ВД 3/...	ВД .../...	ВД n/...
n	ВД 1/n	ВД 2/n	ВД 3/n	ВД .../n	ВД n/n

где ВД – коэффициент, относящий затраты вспомогательного вида деятельности на основной.

В соответствии с установленными коэффициентами видов деятельности ГУЗа определим полную себестоимость основных видов его деятельности. В таблице 2.22 показан принцип распределения себестоимости вспомогательных видов деятельности ГУЗа между основными видами деятельности.

Полная себестоимость основных видов деятельности ГУЗа = $\sum (USV_n * ВД) + USO_n$,

Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности ГУЗа
между основными видами деятельности

Вспомогат. виды деят- сти (ВВ)	Основные виды дея- тельности (ОВ)	ОВ 1	ОВ 2	ОВ 3	....	ОВn
	Усечен. себест-ть ВВ, руб					
ВВ 1	USV1	USV1 * ВД1/1	USV1 * ВД 2/1	USV1 * ВД 3/1	....	USV1 * ВДn/1
ВВ2	USV2	USV2 * ВД 1/2	USV2 * ВД 2/2	USV2 * ВД 3/2	....	USV2 * ВД n/2
ВВ3	USV3	USV3 * ВД 1/3	USV3 * ВД 2/3	USV3 * ВД 3/3	....	USV3 * ВД n/3
...
N	USVn	USVn * ВД 1/n	USVn * ВД 2/n	USVn * ВД 3/n	....	USVn * ВД n/n
Итого распределенная сумма ВВ		$\sum 1$	$\sum 2$	$\sum 3$		$\sum n$
Усеченная себестоимость ОВ		USO1	USO2	USO3	....	USOn
ИТОГО полная себестоимость основных видов деятельности		$\sum 1 + USO1$	$\sum 2 +$ USO2	$\sum 3 +$ USO3	....	$\sum n +$ USOn

где USV – усеченная себестоимость вспомогательного вида деятельности,
ВД – коэффициент, относящий затраты вспомогательного вида деятельности на
основной,

$\sum n$ – сумма вспомогательных видов деятельности, отнесенная на основной вид
деятельности,

USO - усеченная себестоимость основного вида деятельности.

Таким образом, сформированная полная себестоимость основных (медицинских) видов деятельности может служить базой для калькуляции медицинских услуг, сгруппированных по видам деятельности ГУЗа, законченного случая лечения больного по оказанным ему услугам медицинского и немедицинского характера. Себестоимость койко-дня круглосуточного стационара, дня пребывания больного в дневном стационаре может быть исчислена исходя из затрат ЦО и количества койко-дней, дней.

Управление затратами ГУЗа при помощи предлагаемой методики позволяет руководителям принимать эффективные решения, осуществлять контроль, а также служит основой всестороннего глубокого анализа затрат.

Рассчитанная таким образом полная себестоимость основных видов деятельности ГУЗа дает возможность определения себестоимости любого вида затрат на основании статистических данных ГУЗа: законченного случая, койко-дня, медицинской услуги, врачебной манипуляций и пр., сгруппированных по видам деятельности.

Себестоимость вида затрат ГУЗа = полная себестоимость основного вида деятельности ГУЗа / количество видов затрат в рамках данного вида деятельности.

Предлагаемый метод учета затрат, как и другие, наряду с достоинствами имеет и недостатки, которые можно устранить путем автоматизации процесса учета затрат и обеспечением оперативного отнесения фактически понесенных затрат в момент их возникновения на определенный вид затрат. Также данный метод учета затрат дает возможность для глубокого всестороннего анализа структуры и динамики затрат, а также факторного анализа затрат.

Продемонстрируем предлагаемую методику на примере ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА РОССИИ.

Первый этап методики связан с распределением видов деятельности на основные и вспомогательные. Деятельность ФГУЗ МСЧ № 100 распределяется по видам: основная – медицинская и вспомогательная – немедицинская. Классификация видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100 представлена в таблице 2.23

После выделения медицинских и немедицинских видов деятельности ГУЗа на втором этапе методики необходимо выделить статьи затрат и распределить их между центрами ответственности согласно коэффициентов статей затрат.

Классификация видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100²

Основной вид деятельности ГУЗа	Вспомогательный вид деятельности ГУЗа
Медицинская деятельность:	Немедицинская деятельность:
Акушерство и гинекология	Питание
Анестезиология и реанимация	Уборка помещений и территории
Гастроэнтерология	Охрана
Диетология	Стирка белья и мягкого инвентаря
Колопроктология	Формирование, учет и обслуживание персонала
Клиническая лабораторная диагностика	Обслуживание систем жизнеобеспечения
Лабораторное дело	Бухгалтерия
Лабораторная диагностика	Экономика
Нейрохирургия	Статистика
Общественное здоровье и организация здравоохранения	Обслуживание мед.техники и оборудования
Операционное дело	Снабжение
Организация сестринского дела	Транспортные услуги
Сестринское дело	Обслуживание грузопассажирского лифтового хозяйства
Управление сестринской деятельностью	
Рентгенология	
Сердечно-сосудистая хирургия	
Терапия	
Травматология и ортопедия	
Трансфузиология	
Ультразвуковая диагностика	
Урология	
Физиотерапия	
Функциональная диагностика	
Хирургия	
Экспертиза временной нетрудоспособности	
Эндоскопия	
Фармацевтическая деятельность:	
Приобретение, хранение, отпуск и применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.	
Приобретение, хранение, перевозка, отпуск, использование наркотических средств и психотропных веществ.	

Таблица 2.24

Определение показателей статей затрат ФГУЗ МСЧ № 100³

Статья затрат	Показатель	Единица измерения	Итого по ГУЗу
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	Количество отработанных дней сотрудниками ЦО	Человеко-день	36 000
Услуги связи	Время разговоров	Часы	23 000
Транспортные услуги	Количество вызовов ЦО	Вызов	7 000
Коммунальные услуги	Площадь помещения ЦО	Кв.м.	14 000
Прочие работы, услуги	Количество работ	Ед.	10 000

² Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Уставов ГУЗов.³ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ №100 ФМБА России

В соответствии с показателями статей затрат ГУЗа назначаются коэффициенты статей затрат по каждому ЦО.

Таблица 2.25

Суммы затрат по центрам ответственности ФГУЗ МСЧ № 100

Наименование статей затрат	Итого по ГУЗу, ед. изм.	Центры ответственности					Итого
		ЦО1	ЦО2	ЦО3	....	ЦОп	
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	42 000 человеко-дней	7140	10500	12600		6720	1
Услуги связи	21 000 часов	5670	5880	4200		3150	1
Транспортные услуги	9 000 вызовов	3600	5220	4500		3240	1
Коммунальные услуги	18 000 кв.м.	2640	2520	2160		2400	1
Прочие работы, услуги	12 000 ед.	7140	10500	12600		6720	1

На основании информации о затратах по центрам ответственности определим коэффициенты статей затрат. Коэффициенты рассчитываются как отношение суммы затрат каждого центра ответственности к общим затратам по определенному виду деятельности. Коэффициенты затрат представлены в таблице 2.26

Таблица 2.26

Коэффициенты статей затрат по каждому ЦО ФГУЗ МСЧ № 100

Наименование статей затрат	Итого по ГУЗу, ед. изм.	Центры ответственности					Итого
		ЦО1	ЦО2	ЦО3	....	ЦОп	
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	42 000 человеко-дней	0,17	0,25	0,3	....	0,16	1
Услуги связи	21 000 часов	0,27	0,28	0,2	....	0,15	1
Транспортные услуги	9 000 вызовов	0,06	0,24	0,13	...	0,12	1
Коммунальные услуги	18 000 кв.м.	0,2	0,29	0,25	...	0,18	1
Прочие работы, услуги	12 000 ед.	0,22	0,21	0,18	...	0,2	1

С помощью коэффициентов статей затрат определяется себестоимость каждого ЦО. Распределение статей затрат ГУЗа между центрами ответственности представлено в таблице 2.27

Себестоимость каждого ЦО будет рассчитываться следующим образом:

$$C/c \text{ ЦО1} = 45\,780\,260,6 * 0,17 + 201\,354,82 * 0,27 + 59\,626,9 * 0,06 + 761\,877,7 * 0,2 + 396\,000,1 * 0,22 = 10\,235\,543,76 \text{ руб.}$$

$C/c \text{ ЦО2} = 45\,780\,260,6 * 0,25 + 201\,354,82 * 0,28 + 59\,626,9 * 0,24 + 761\,8775,7 * 0,29 + 396\,0004,1 * 0,21 = 145\,568\,00,77 \text{ руб.}$

$C/c \text{ ЦО3} = 45\,780\,260,6 * 0,3 + 201\,354,82 * 0,2 + 59\,626,9 * 0,13 + 761\,8775,7 * 0,25 + 396\,0004,1 * 0,18 = 163\,995\,95,30 \text{ руб.}$

$C/c \text{ ЦОn} = 45\,780\,260,6 * 0,16 + 201\,354,82 * 0,15 + 59\,626,9 * 0,12 + 761\,8775,7 * 0,18 + 396\,0004,1 * 0,2 = 95\,255\,80,59 \text{ руб.}$

Таблица 2.27

Распределение статей затрат ФГУЗ МСЧ № 100 ⁴

Наим-ие статей затрат	Центры ответственности	ЦО1	ЦО2	ЦО3	....	ЦОn
	Сумма затрат, руб					
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	45 780260,6	7782644,30	11445065,15	13734078,18	....	7324841,70
Услуги связи	201354,82	54365,80	56379,35	40270,96	....	30203,22
Транспортные услуги	59626,9	3577,61	14310,46	7751,50	....	7155,23
Коммунальные услуги	7618775,7	1523755,14	2209444,95	1904693,93	...	1371379,63
Прочие работы, услуги	3960004,1	871200,90	831600,86	712800,74	...	792000,82
ИТОГО себестоимость ЦО (руб):		10235543,76	14556800,77	16399595,30		9525580,59

После определения себестоимости каждого ЦО необходимо произвести их распределение между видами деятельности ГУЗа с помощью индексов участия ЦО в видах деятельности.

На основе разработанной ранее классификации видов медицинской и немедицинской деятельности ГУЗа осуществляется идентификация основных центров ответственности (ОЦО) и вспомогательных центров ответственности (ВЦО).

Индексы участия ЦО в выполнении видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100 представлены в таблице 2.28

⁴ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России.

Таблица 2.28

Индексы участия ЦО в выполнении видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100 ⁵

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	1	2	3	...	n
ЦО1	0,2	-	0,6	...	-
ЦО2	-	0,3	0,7	...	-
ЦО3	-	0,6	-	-	04
...
ЦОn	0,2	-	0,3	...	0,5

Третий этап методики связан непосредственно с расчётом усечённой себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа.

После определения индексов участия ЦО рассчитывается усеченная себестоимость всех видов деятельности ГУЗа

Таблица 2.29

Распределение статей затрат ЦО между видами деятельности
ФГУЗ МСЧ № 100 ⁶

Центры ответственности	Виды деятельности ГУЗа (осн. и вспом.)	1	2	3	....	n
	Себест-ть ЦО, руб					
ЦО1	10235543,76	2047108,752		6141326,256		
ЦО2	14556800,77		4367040,231	10189760,54		
ЦО3	16399595,30		9839757,18			6559838,12
...
ЦОn	9525580,59	1905116,118		2857674,177		4762790,295
ИТОГО усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа, (руб):		3952224,87	14206797,41	19188760,97		11322628,42

Определение усеченной себестоимости основных и вспомогательных видов ФГУЗ МСЧ № 100, производится следующим образом:

Усеченная себестоимость вида деятельности 1 = $10235543,76 * 0,2 + 9525580,59 * 0,2 = 3952224,87$ руб.

Усеченная себестоимость вида деятельности 2 = $14556800,77 * 0,3 + 16399595,30 * 0,6 = 14206797,41$ руб.

⁵ Источник: авторский, по данным финансовой ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России.

⁶ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

Усеченная себестоимость вида деятельности 3 = $10235543,76 * 0,6 + 14556800,77 * 0,7 + 9525580,59 * 0,3 = 19188760,97$ руб.

Усеченная себестоимость вида деятельности n = $16399595,30 * 0,4 + 9525580,59 * 0,5 = 11322628,42$ руб.

После определения усеченной себестоимости медицинских и немедицинских видов деятельности необходимо произвести расчет полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа, что является четвертым этапом предлагаемой методики. Для определения полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между медицинскими. Для этого устанавливаются коэффициенты видов деятельности ГУЗа (Таблица 2.30).

Таблица 2.30

Коэффициенты видов деятельности ФГУЗ МСЧ №100 ⁷

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности		
	1	2	...
1	0,3	0,32	...
2	0,25	0,28	...
...

В соответствии с установленными коэффициентами видов деятельности ГУЗа определим полную себестоимость основных видов деятельности ГУЗа. В таблице 2.31. показано распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности ГУЗа между основными видами деятельности, первые два вида считаем основными, а третий и n -й виды вспомогательными.

Определение полной себестоимости основных видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100 выглядит следующим образом.

Полная себестоимость основного вида деятельности ГУЗа 1 = $19188760,97 * 0,3 + 11322628,42 * 0,25 + 3952224,87 = 12\,539\,510,27$ руб.

Полная себестоимость основного вида деятельности ГУЗа 2 = $19188760,97 * 0,32 + 11322628,42 * 0,28 + 14206797,41 = 23\,517\,536,88$ руб.

⁷ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности

ФГУЗ МСЧ №100 ⁸

Вспомогат. виды деятельности (ВВД)	Основные виды деятельности (ОВД)	О 1	О 2	....
	Усечен. себест-ть ВВД, тыс.руб			
В 1	19188760,97	5 756 628,29	6 140 403,51	....
В 2	11322628,42	2 830 657,11	3 170 335,96	....
...
Итого распределенная сумма ВВД		8 587 285,40	9 310 739,47	...
Усеченная себестоимость ОВД		3952224,87	14206797,41	....
ИТОГО полная себестоимость основных видов деятельности ГУЗа (тыс. руб)		12 539 510,27	23 517 536,88	....

Рассчитанная таким образом полная себестоимость основных видов деятельности ГУЗа дает возможность определения себестоимости любого вида затрат на основании статистических данных ГУЗа: законченного случая, койко-дня, медицинской услуги, врачебной манипуляций и пр., сгруппированных по видам деятельности. Таким образом, расчет себестоимости 1 койко-дня по разным видам деятельности ФГУЗ МСЧ №100 представлен ниже:

Себестоимость 1 койко-дня = полная себестоимость основного вида деятельности ГУЗа / количество затрат в рамках данного вида деятельности

Себестоимость 1 койко-дня (О1) = 12539510,27 / 35828 = 349,99 руб/койко-день.

Себестоимость 1 койко-дня (О2) = 23517536,88 / 56327 = 417,52 руб/койко-день.

Предлагаемый метод учета затрат, как и другие, наряду с достоинствами имеет и недостатки, которые можно устранить путем автоматизации процесса учета затрат и обеспечением оперативного отнесения фактически понесенных затрат в момент их возникновения на определенный носитель затрат. Также данный метод учета затрат дает возможность для глубокого всестороннего анализа структуры и динамики затрат по различным экономическим показателям.

⁸ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России

ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ ГУЗа

3.1 Формирование системы показателей оценки эффективности управления затратами ГУЗа

Для определения эффективности действия системы управления затратами ГУЗа необходимо выявить критерии ее эффективности в разрезе двух составляющих:

1. Показателей эффективности внедрения инновационной системы управления затратами ГУЗа;
2. Показатели эффективности функционирования системы.

Финансовые результаты ГУЗа можно измерять на основе отчета о движении денежных средств или на основе отчета о прибылях и убытках, причем для непосредственного использования можно брать как абсолютные величины из отчета, так и относительные показатели, учитывающие фактор времени или другие существенные характеристики ГУЗа и окружающей среды. Анализ денежных потоков дает более надежную основу для долгосрочных оценок напрямую связанных с бюджетным процессом в ГУЗе. Кроме того, анализ на основе денежных потоков в среднем выглядит более прозрачным и легче поддается контролю. С другой стороны, показатели отчета о прибылях и убытках лучше отражают текущие события, позволяют детальнее учесть все события, доходы и затраты.

Введение новой системы управления затратами ГУЗа, как и любые другие мероприятия по повышению эффективности его деятельности должно быть соответствующим образом оценено. Наличие нескольких стратегий управления затратами ГУЗа, многоцелевой характер управления затратами, а также комплексность самой системы управления затратами ГУЗа предопределяют многовариантность элементов системы оценок данной системы.

Внедрение инновационной системы управления затратами ГУЗа потребует на первоначальном этапе затрат финансовых ресурсов на проведение следующих мероприятий: реорганизация структуры управления ГУЗа с введением в штат бухгалтеров и аналитиков, владеющих методикой управленческого учета затрат и бюджетирования, создание локальной компьютерной сети, обеспечивающей свод в единую систему бюджетов подразделений ГУЗа, создание или разработка необходимого программного обеспечения для эффективного управления затратами ГУЗа, создание и внедрение необходимых надбавок и доплат руководителям центров ответственности за исполнение дополнительных функций управления бюджетами их отделений, прочие материальные затраты, связанные с расширением внутреннего документооборота.

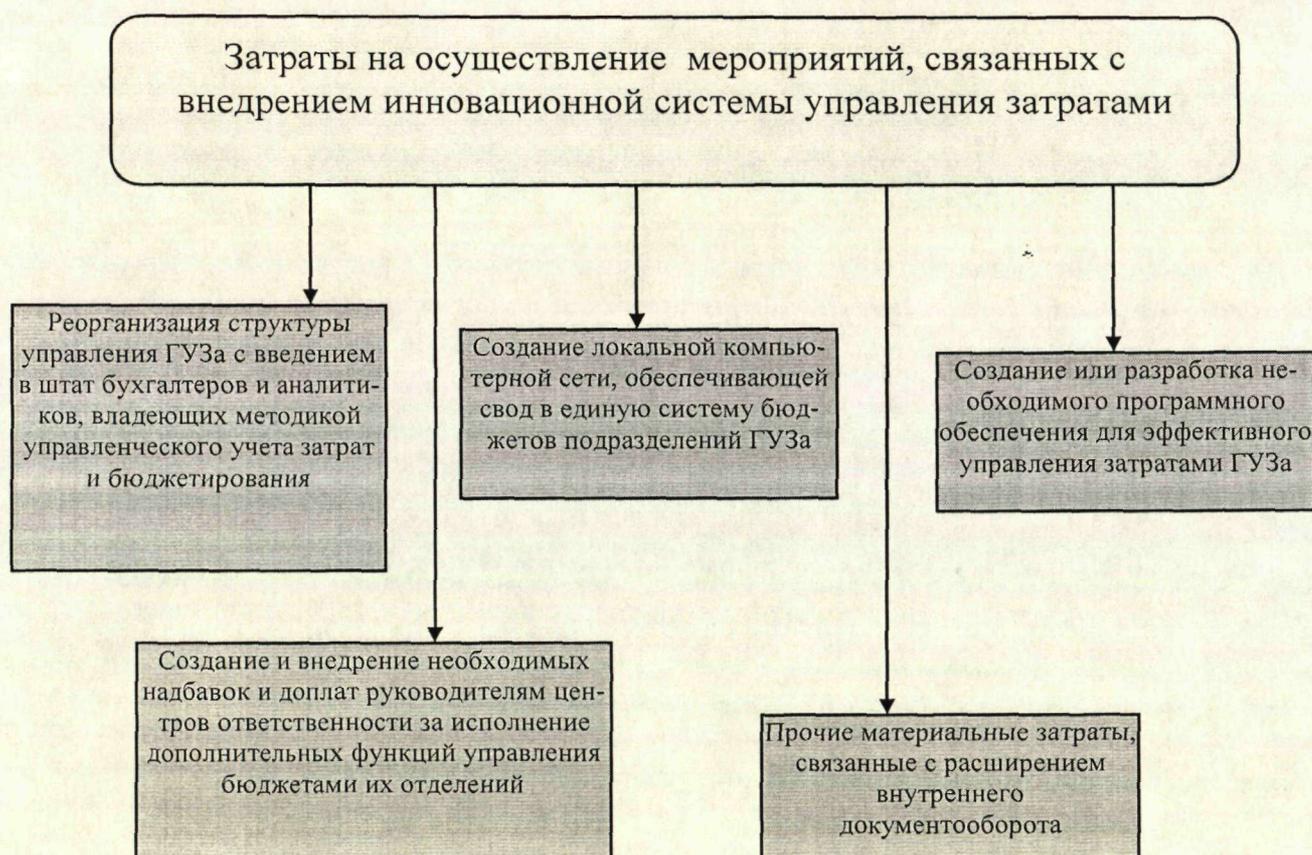


Рис. 3.1. Затраты на внедрение инновационной системы управления затратами

Перечисленные затраты можно рассматривать как капиталовложения в деятельность ГУЗа, которые могут и должны принести определенные выгоды. Таким образом комплексной оценкой эффективности внедрения новой системы управления затратами может послужить оценка эффективности инвестиций на

основе «Методических рекомендаций по оценке эффективности инвестиционных проектов и их отбору для финансирования».

Согласно закону «Об инвестиционной деятельности» под инвестициями следует понимать денежные средства, паи, акции и другие ценные бумага, имущественные права, оборудование и другое имущество, вкладываемые в объекты инвестирования с целью извлечения прибыли и получения другого положительного экономического и социального эффекта. С точки зрения инвестиций в сфере здравоохранения наибольшее значение имеют именно экономический и социальный эффект.

Экономический эффект от внедрения новой системы управления затратами ГУЗа проявляется в следующем:

1. Экономия затрат внутри центров ответственности и сведение их до рационального уровня.
2. Дополнительные доходы от предпринимательской деятельности структурных отделений ГУЗа.

Социальный эффект от системы управления затратами, основанной на системе бюджетирования и построении структуры управления ГУЗом с выделением в нем центров ответственности, выражается в следующем:

1. За счет экономии затрат внутри центров ответственности появляется возможность руководителей ЦО материально поощрять сотрудников, создавших такую экономию.
2. За счет экономии затрат внутри ЦО появляется возможность совершенствовать условия труда сотрудников данного отделения.
3. За счет экономии затрат внутри ЦО и реализации предпринимательской деятельности отделениями появляются свободные средства внутри отделения, которые могут быть направлены на дополнительные нужды отделения.
4. За счет приведения себестоимости обучения к рациональному уровню появляется возможность снижения цены на медицинские услуги.

5. У руководства ГУЗа с появлением новых «свободных» средств появляется возможность совершенствовать материально-техническую базу ГУЗа, что в итоге приводит к новому «витку» капиталовложения, способных принести ГУЗу мультипликативный эффект от возобновляющихся инвестиций.

Финансирование проекта по совершенствованию системы управления затратами ГУЗа может привлекаться из трех источников:

- бюджетные средства ГУЗа;
- внебюджетные средства ГУЗа;
- благотворительные взносы или стороннее инвестирование;

На наш взгляд наиболее перспективным направлением финансирования ГУЗов является совместное финансирование из средств бюджета и внебюджетных средств ГУЗа и сторонних инвесторов. В этом случае происходит мотивация повышения эффективности использования бюджетных средств и привлечение дополнительных средств в сферу здравоохранения [13].

Показатели эффективности системы управления затратами в ГУЗе можно разделить на две группы:

1. Показатели эффективности инвестиционного проекта.
2. Текущие показатели эффективности элементов системы управления затратами.

К показателям эффективности проекта можно отнести показатели, представленные в таблице 3.1

Ключевым фактором при выборе целевого показателя развития ГУЗа являются задачи, которые ставятся перед учреждением. Так как цели ГУЗа долгосрочны, а текущее финансовое положение относительно стабильно и не очень зависит от ситуации на рынке, то при принятии управленческих решений рекомендуется опираться на показатели чистого приведенного дохода, дополнительным критерием должен стать контроль за денежными потоками для обеспечения бюджетирования.

Показатели эффективности системы управления затратами ГУЗа

Показатель	Экономический смысл	Ситуация, когда показатель эффективен для целей управления
Чистый денежный поток	Сальдо денежных поступлений и выплат от операционной и инвестиционной деятельности	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ текущей работы ГУЗа, в пределах года. • Отсутствие уверенности в точности и объективности всех отчетов.
Чистый приведенный доход и внутренняя норма рентабельности	Показатель эффективности денежных потоков. NPV показывает прирост благосостояния ГУЗа с учетом стоимости денег используемых для развития, а IRR отражает оценку доходности работы ГУЗа в виде годовых процентов.	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ эффективности в рамках выполнения долгосрочных целей и реализации проектов.
Показатели рентабельности	Отношение чистой или операционной прибыли к таким характеристикам как собственный капитал, активы, долгосрочные инвестиции.	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ эффективности в рамках выполнения долгосрочных целей и реализации проектов.

Основные отличия в исходных данных для анализа проекта наблюдаются при расчете бюджетной эффективности проекта (в качестве доходов выступают налоги, которые платит ГУЗ) и коммерческой эффективности проекта для сторонних инвесторов (в доходы не принимается экономия затрат центров ответственности, т.к. инвестиции направлены, в основном, на реализацию предпринимательской деятельности).

К текущим показателям эффективности функционирования элементов системы управления затратами ГУЗа можно отнести следующие:

1. Показатели исполнения бюджетов центров ответственности.
2. Показатели исполнения бюджетов затрат.
3. Показатели эффективности деятельности ГУЗа в целом (в разрезе видов деятельности ГУЗа).

В данном диссертационном исследовании автором предлагается деление центров ответственности ГУЗа на центры инвестиций, центры прибыли, центры затрат. Для указанных центров ответственности строятся различные формы бюджетов. Показатели эффективности деятельности центров ответственности, таким образом, должны зависеть от конкретных показателей, по которым контролируется деятельность центра. Эффективность системы управления затратами на основе выделения в ГУЗе центров ответственности в центрах прибыли (на основе выделения экономических и финансовых потоков) определяется по доходам от деятельности и затратам такого центра ответственности. В центрах затрат главным контролируемым показателем являются затраты на единицу производимых услуг. Затраты центров произвольных затрат невозможно увязать с объемами производимых услуг, поэтому эффективность системы управления затратами в этих центрах определяется отклонением фактических затрат центра от плановых.

К показателям исполнения бюджетов затрат относится показатель отклонения фактических затрат от плановых (нормативных), рассчитываемый по формуле:

$$\Delta Z = Z_i^{\phi} - Z_i^{(n)}, \text{ где}$$

ΔZ – отклонение фактических затрат от плановых (нормативных);

Z_i^{ϕ} - фактические затраты i -того вида;

$Z_i^{(n)}$ - плановые (нормативные) затраты i -того вида.

Данный показатель может рассчитываться как для сводного бюджета затрат ГУЗа, так и для конкретных бюджетов затрат отделений или бюджетов затрат видов деятельности. Все отклонения затрат по бюджетам отделений должны разделяться по причинам их возникновения, а также исполнителям, допустившим эти отклонения.

Кроме традиционных показателей эффективности деятельности ГУЗа в целом [13], рассчитываемых на основе утвержденных форм бухгалтерской и статистической отчетности ГУЗов, предложенная автором система управления

затратами ГУЗа дает возможность использовать более обширную и глубокую информацию о затратах и доходах ГУЗа, позволяющую рассчитать показатели эффективности деятельности, которые характерны для хозяйствующих субъектов, осуществляющих предпринимательскую деятельность. Среди таких показателей могут быть:

- рентабельность отдельных видов услуг ГУЗа по внебюджетной деятельности;
- маржинальный доход на единицу услуг;
- изменение точки безубыточности за счет сокращения удельных постоянных затрат ГУЗа;
- запас финансовой прочности.

К текущим показателям оценки эффективности управления затратами ГУЗа можно отнести следующие: показатели исполнения бюджетов центров ответственности; показатели исполнения бюджетов затрат; показатели эффективности деятельности ГУЗа в целом, в разрезе видов деятельности и пр.

Эти показатели характеризуют не только состояние системы на определенный момент, но и являются базой для прогнозирования и планирования развития ГУЗа в целом.

Для оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи используется множество альтернативных методов.

Исследователи полагают, что оценка не может базироваться на одном признаке и рассматриваться только с одной точки зрения. Основным компонентом социальной эффективности и качества медицинской помощи является соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению и возможность свободно действовать в интересах пациента.

Сущность понятия социальной эффективности медицинской помощи, по мнению многочисленных авторов, состоит из комплекса критериев: соответствия современному уровню развития науки (профессиональный компонент); удовлетворения потребностей (и ожиданий) пациентов; соответствия установ-

ленным требованиям и стандартам; оптимальному эффективному использованию ресурсов, соответствия достигнутого результата желаемому (ожидаемому).

Социальная эффективность оценивается на основе эмпирического измерения определяющих их свойств. Единичные и комплексные показатели социальной эффективности могут объединяться в различные группы в зависимости от того, какие отношения системы с внешней средой должны быть отражены.

На основе современного спектра исследований в области изучения и оценки социальной эффективности нами сделана попытка выработки оптимальной схемы количественной оценки свойств медицинских услуг.

Разработка комплексной оценки социальной эффективности основывалась на форме выражения отдельных оценочных показателей.

Для оценки социальной эффективности нами использовались две группы показателей: показатели медицинской эффективности и социальной удовлетворённости.

1. Показатели медицинской эффективности.

Относительным показателем, в наиболее общем виде отражающим медицинскую эффективность, является коэффициент медицинской результативности ($K_{мр}$). Он рассчитывается как отношение количества пациентов с положительным медицинским результатом (положительная динамика здоровья на день выписки) за отчетный период ($МРф$) к общему числу пациентов, выбывших из учреждения за этот же период ($п$).

$$K_{мр} = МРф : п$$

Эффективность диагностической работы отражает соответствующий коэффициент - $K_{др}$. Для определения этого показателя рассчитывается отношение количества диагностических исследований, выполненных за отчетный период ($ДИф$), к общему числу выбывших за этот же период пациентов ($п$).

$$K_{др} = (ДИф : п)$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - $K_{л}$ - рассчитывается как отношение количества лечебных про-

цедур, выполненных за оцениваемый период (Клп), к общему числу пациентов, выбывших за этот же период (п).

$$Кл = (Клп: п)$$

2. Показатели социальной удовлетворённости.

К приоритетным характеристикам, по мнению пациентов, здесь относятся степень соответствия ожиданиям, удовлетворения потребностей в медицинской помощи, облегчение симптомов заболевания, функциональное улучшение, вежливость и внимательность персонала. При этом, пациенты оценивают полученную помощь как бы с субъективной точки зрения. Существует понятие что удовлетворение потребностей является основой определения качества услуг, а удовлетворенность пациента - одним из критериев качества медицинской помощи (рекомендации ВОЗ). Более того, ориентация на пациента является одним из ключевых положений в развитии концепции непрерывного улучшения и обеспечения качества.

В последние годы с процессом реформирования здравоохранения предполагаются качественно новые экономические отношения между лечебным учреждением и пациентом. В этой связи в рамках объективной необходимости нами проведено социологическое исследование удовлетворенности пациентов на основе анкетного опроса, включающего следующие разделы:

Раздел по организации самого процесса госпитализации (приходилось ли ожидать плановую госпитализацию, был ли отказ в этом, достаточно ли было срока, отведенного на госпитализацию).

Раздел удовлетворенности пациента внутри госпитальным пребыванием (условиями в палате, питанием, обследованием; замечено ли грубое отношение медицинского персонала).

Раздел по оценке профессионального уровня обслуживания: является ли врач специалистом высокой квалификации, был ли отказ в необходимом обследовании, соответствуют ли методы обследования и лечения современному уровню, осуществлены ли все необходимые процедуры по проблеме заболевания пациента и по цели госпитализации.

На основании полученных ответов на вопросы, поставленные в анкетах, нами высчитывался коэффициент социальной удовлетворенности ($K_{су}$):

$$K_{су} = N_{у} / N_{общ}, \text{ где}$$

$N_{у}$ - число случаев удовлетворенности пациентов;

$N_{общ}$ - общее число оцениваемых случаев.

На последнем этапе подсчитывался интегральный индекс социальной эффективности ($I_{и}$) и качества медицинской помощи по следующей формуле:

$$I_{и} = K_{мр} * K_{др} * K_{л} * K_{су}, \text{ где}$$

$K_{мр}$ – коэффициент медицинской результативности;

$K_{др}$ – коэффициент эффективности диагностической работы;

$K_{л}$ – коэффициент эффективности лечебной деятельности;

$K_{су}$ – коэффициент социальной удовлетворённости.

Таким образом, для оценки эффективности текущей деятельности ГУЗа, в процессе расчёта интегрального индекса анализируются соблюдение медицинских технологий (процесс), и результативность медицинской деятельности (результат), а также социальная удовлетворенность, то есть все компоненты, составляющие основу характеристики текущей деятельности ГУЗа.

Следовательно, предложенная оценка социальной эффективности и качества медицинской помощи охватывает все наиболее важные критерии, исключает дублирование отдельных показателей, позволяет быстро и объективно получить результат.

Обобщая выше сказанное, систему показателей оценки эффективности управления затратами ГУЗа с точки зрения инновационного подхода можно представить следующим образом. (рис.3.2.)



Рис.3.2. Система показателей оценки эффективности управления затратами ГУЗа (инновационная модель)

Представленные в ней показатели характеризуют не только состояние СУЗ в целом, но и являются базой для прогнозирования и планирования развития ГУЗов.

Эффективное функционирование СУЗ ГУЗа в конечном итоге повышает конкурентоспособность ГУЗа, а следовательно способствует предоставлению качественной квалифицированной медицинской помощи населению.

3.2 Оценка экономической и социальной эффективности системы управления затратами ГУЗа.

В диссертационном исследовании нами предпринята попытка представить структуру ГУЗа как совокупность центров ответственности, связанных между собой. Такая концепция позволяет оценить только те затраты или доходы, за которые он может отвечать и, соответственно, контролировать. В рамках предложенной структуры считаем целесообразным выделение следующих центров ответственности: центр инвестиций, центр прибыли, центр затрат. Для указанных центров ответственности строятся различные формы бюджетов. Показатели эффективности деятельности центров ответственности, таким образом, должны зависеть от конкретных показателей, по которым контролируется деятельность центра. Эффективность системы управления затратами на основе выделения в ГУЗе центров прибыли (по экономическим и финансовым потокам) определяется по доходам от деятельности и затратам такого центра ответственности. В центрах затрат главным контролируемым показателем являются затраты на единицу производимых услуг. Описание показателей эффективности центра инвестиций (ГУЗа в целом) представлено выше (таблица 3.1). Затраты центров произвольных затрат невозможно увязать с объемами производимых услуг, поэтому эффективность системы управления затратами в этих центрах определяется отклонением фактических затрат центра от плановых.

Таблица 3.2.

Анализ экономических показателей ФГУЗ МСЧ № 100
по центрам ответственности ⁹

Наименование ЦО / показатель	Значение		Отклонение
	Плановое	Фактическое	
Центр прибыли			
Валовый доход центра	100 %	75 %	- 25%
Рентабельность единицы предоставляемых услуг	100 %	118 %	+ 18%
Доход от предпринимательской деятельности центра	100 %	84 %	- 16 %
Центр затрат			
Фактические затраты центра	100 %	100 %	0 %
Прямые затраты на производство единицы услуги	100 %	79%	- 21%
Накладные затраты на производство единицы услуги	100 %	114%	+ 14%
Центр инвестиций			
Чистый дисконтированный доход (NPV)	100 %	76%	- 24%
Внутренняя норма доходности инвестиций (IRR)	100 %	53%	- 47%
Срок окупаемости инвестиций	100 %	73%	- 27%
Индекс доходности инвестиций	100 %	60%	- 40%

Кроме традиционных показателей эффективности деятельности ГУЗа в целом, рассчитываемых на основе утвержденных форм бухгалтерской и статистической отчетности ГУЗов, предложенная автором инновационная система управления затратами ГУЗа дает возможность использовать более обширную и глубокую информацию о затратах и доходах ГУЗа, позволяющая рассчитать показатели эффективности деятельности, которые характерны для хозяйствующих субъектов, осуществляющих предпринимательскую деятельность. В качестве таких показателей могут быть использованы:

- рентабельность отдельных видов услуг ГУЗа по внебюджетной деятельности;
- маржинальный доход на единицу услуг;
- изменение точки безубыточности за счёт сокращения постоянных затрат ГУЗа;
- запас финансовой прочности.

⁹ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ №100 ФМБА России

Система управления затратами на основе инновационного подхода будет способствовать совершенствованию деятельности ГУЗа, повышению социальной эффективности и качества оказываемой медицинской помощи.

На основе представленного алгоритма (параграф 3.1 диссертационного исследования) покажем расчёт социальной эффективности на примере ФГУЗ МСЧ № 100, таблица 3.3

Таблица 3.3.

Динамика коэффициентов социальной эффективности ФГУЗ МСЧ № 100

Коэффициенты социальной эффективности	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Коэффициент медицинской результативности	0,971	0,907	0,96	0,948	0,944	0,992
Коэффициент эффективности диагностической работы	2,721	2,19	2,598	2,406	2,519	3,09
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	23,157	15,427	20,186	18,462	19,486	29,824
Коэффициент социальной удовлетворённости	0,957	0,854	0,921	0,92	0,918	0,991

Из таблицы 3.3. и рисунка 3.3. наглядно видно, что коэффициент медицинской результативности функционирования ФГУЗ МСЧ № 100 увеличился с 0,944 до 0,992 (в 2005 г. - 0,971, в 2006 - 0,907, в 2007 - 0,960, в 2008 - 0,948, в 2009 – 0,944). Значение коэффициента эффективности диагностической работы увеличилось с 2,519 до 3,090; коэффициента эффективности лечебной деятельности - с 19,486 до 29,824. Коэффициент социальной удовлетворенности показал рост с 0,918 до 0,991

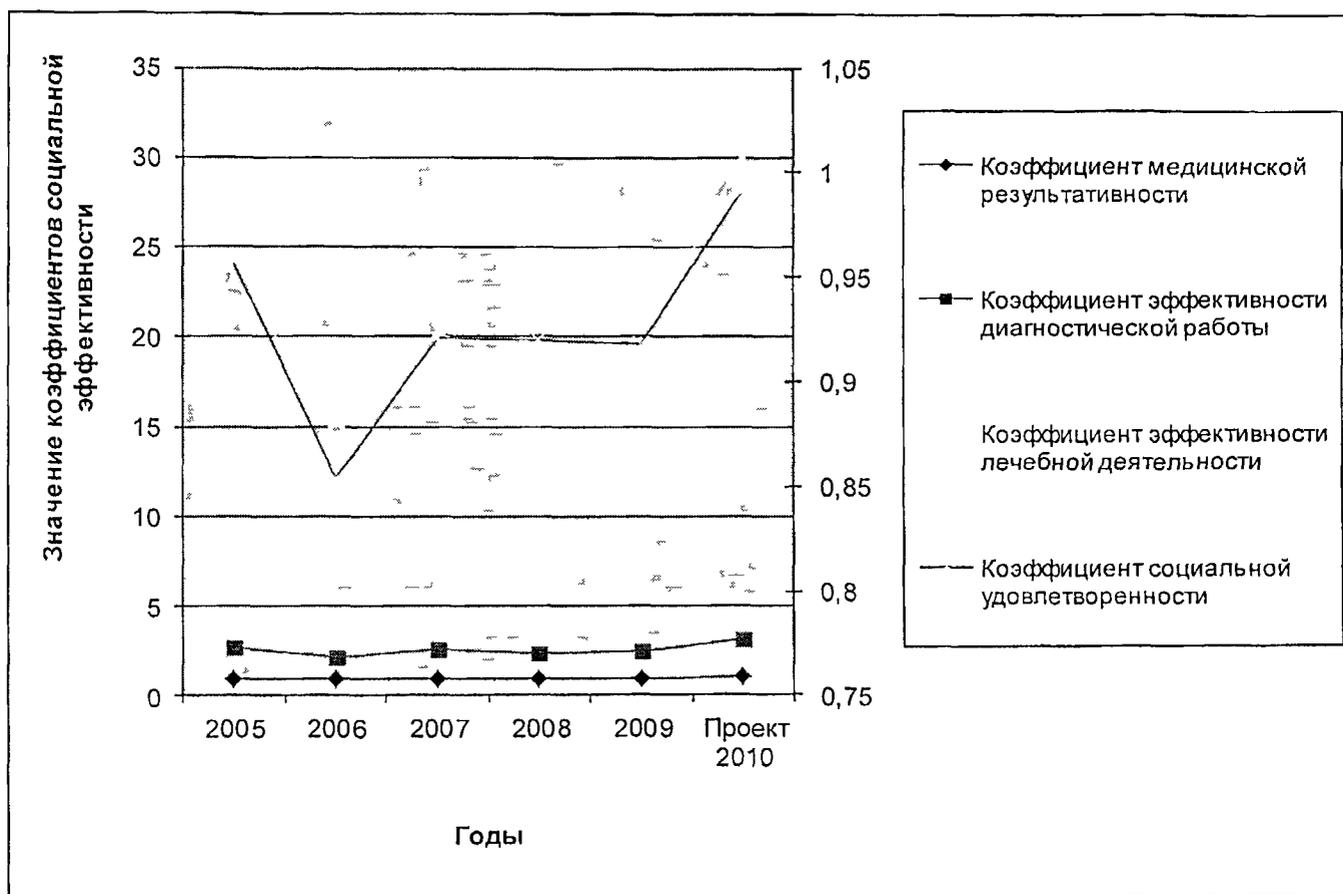


Рис. 3.3. Изменение коэффициентов социальной эффективности

Дополнением к изложенному является расчёт динамики коэффициентов социальной эффективности по отделениям стационара ФГУЗ МСЧ № 100, представленный в таблице 3.4.

Таблица 3.4.

Динамика коэффициентов социальной эффективности по отделениям
стационара ФГУЗ МСЧ № 100

Коэффициенты социальной эффективности отделений стационара	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Терапевтическое отделение						
К _{мр}	0,939	0,863	0,964	0,957	0,891	0,978
К _{др}	3,649	2,649	3,089	3,120	3,234	3,841
К _л	20,020	13,940	17,600	15,300	16,340	25,740
К _{су}	0,895	0,775	0,872	0,879	0,819	0,978
Хирургическое отделение						
К _{мр}	0,946	0,839	0,911	0,939	0,955	0,989
К _{др}	3,804	2,755	3,247	3,188	3,345	3,980
К _л	16,380	12,300	16,720	15,300	15,480	23,760
К _{су}	0,934	0,816	0,899	0,917	0,955	1,000
Педиатрическое отделение						
К _{мр}	0,993	0,944	0,962	0,938	0,948	1,000
К _{др}	1,436	1,165	1,308	1,187	1,414	1,782
К _л	16,457	13,313	16,322	15,358	15,332	21,780
К _{су}	0,963	0,782	0,906	0,876	0,890	0,989
Акушерское отделение						
К _{мр}	0,975	0,893	0,962	0,941	0,962	1,000
К _{др}	1,775	1,385	1,605	1,553	1,584	1,727
К _л	20,020	14,940	17,400	15,960	16,530	24,750
К _{су}	0,987	0,881	0,940	0,930	0,973	1,000
Гинекологическое отделение						
К _{мр}	0,978	0,936	0,971	0,954	0,956	0,994
К _{др}	2,892	2,543	2,709	2,742	2,748	3,297
К _л	28,830	19,360	25,200	24,840	26,390	37,620
К _{су}	0,969	0,903	0,946	0,945	0,938	0,994
Отделение сестринского ухода						
К _{мр}		0,866	0,964	0,947	0,928	0,989
К _{др}		2,664	3,453	2,623	2,888	3,505
К _л		12,450	16,910	14,620	15,660	25,740
К _{су}		0,848	0,900	0,914	0,897	0,978

Комплексный подход к оценке социальной эффективности ГУЗа предполагает расчёт интегрального коэффициента социальной эффективности, который позволяет оценить результативность медицинской деятельности в целом. Поскольку данный интегральный показатель является произведением перечисленных выше коэффициентов, то анализ его динамики произведём по ФГУЗу МСЧ № 100 в целом и по его отделениям

Таблица 3.5.

Динамика интегрального коэффициента социальной эффективности						
Интегральный показатель социальной эффективности	2005	2006	2007	2008	2009	2010
В целом по ФГУЗ МСЧ № 100	58,55	26,18	46,36	38,77	42,54	90,64
В т.ч.						
Стационар	22,60	11,46	18,60	14,99	18,31	38,40
Амбулаторно-поликлиническая помощь	34,21	16,30	25,26	21,67	24,51	42,75
Стационарозамещающие виды помощи	78,99	41,64	62,69	61,41	65,05	122,50
Скорая медицинская помощь		24,37	50,67	33,18	37,63	87,19
Индекс роста интегрального показателя						
В целом по ФГУЗ МСЧ № 100		44,72	177,07	83,64	109,72	213,05
В т.ч.						
Стационар		50,71	162,29	80,57	122,19	209,73
Амбулаторно-поликлиническая помощь		47,64	155,00	85,81	113,10	174,41
Стационарозамещающие виды помощи		52,71	150,57	97,96	105,92	188,30
Скорая медицинская помощь		207,93	65,49	113,41	231,70	207,93

Данные таблицы свидетельствуют о том, что к концу 2010 года значение интегрального коэффициента социальной эффективности увеличится более чем в 2 раза (213,05%) по отношению к уровню 2009 г. По подразделениям уровень дифференциации составил 174-245%.



Рис. 3.4. Динамика индекса интегрального показателя социальной эффективности

Далее необходимо привести организационно-методологические особенности управления затратами ГУЗа, связанные с внедрением инновационной системы.

1. Совершенствование работы диагностической службы.

В ближайшей перспективе руководству ФГУЗ МСЧ № 100 необходимо изменить подход к госпитализации путем создания службы контроля за обоснованностью госпитализации, формирование механизма "сортировки" больных в зависимости от необходимости и возможности оказания конкретных видов медицинских услуг. Кроме того, следует усилить работу диагностических служб, создав возможность для круглосуточной работы кабинетов УЗИ, эндоскопии, биохимической лаборатории, что позволит значительно сократить этап диагностики и повысить качество последней. При внедрении указанных предложений уточнение диагноза может быть произведено в течение нескольких часов.

Объемы и сроки предоставления плановой медицинской помощи должны базироваться на основе общих перспективных планов работы стационара. Особое внимание при этом должно уделяться ведению учета очередности госпитализации.

2. Совершенствование системы планирования выписки из стационара.

Средние сроки пребывания в стационаре определяются на основе ретроспективного анализа. При поступлении пациента в приемное отделение должен быть указан ориентировочный срок окончания лечения. За 2-3 дня до предполагаемой выписки медицинский персонал проводит осмотр и вносит по мере необходимости коррективы в лечение и диагностику. Подобная организация работы при условии постоянного контроля за сроками госпитализации будет способствовать своевременному проведению диагностических исследований и лечения. Кроме того, внедрение подобного механизма планирования выписки исключает возможность необоснованного или несвоевременного назначения анализов, дублирования догоспитального обследования, некорректного или небрежного оформления медицинской документации, что будет способствовать более эффективному использованию финансовых ресурсов.

Сокращение нецелесообразных расходов возможно также за счет организации выписки пациентов из стационара в утренние часы (экономия стоимости 1 койко-дня). Кроме того, при этом стационар может взять на лечение и начать его в первый же день вновь поступившим пациентам.

Для решения поставленной задачи необходимо учесть следующее. Если проводить последнюю процедуру до осмотра врача, то все документы можно подготовить до 8-9 часов утра. Так, например, можно изменить режим работы персонала так, чтобы процедурная медицинская сестра начинала свой рабочий день не с 8.30 как это было раньше, а с 6.45 утра. Тогда до прихода врача все больные, планируемые к выписке, пройдут процедуры. Врачам же следует изменить порядок осмотра больных: первыми осматривать тех, кто планировался к выписке. Таким образом, учреждение экономит средства на выписывающемся пациенте и зарабатывает на поступившем, проводя ему интенсивное лечение в день поступления.

3. Сокращение необоснованных диагностических исследований.

В стационарном медицинском учреждении нередко приходится сталкиваться с повторением всех выполненных на догоспитальном этапе диагностических исследований. При этом не выделяются необходимые для постановки ди-

агноза исследования и второстепенные. В процессе лечения часто проводится полное обследование различных органов и систем для выявления скрытой патологии. Кроме того, перегрузка диагностических служб способствует неэффективности расходования ресурсов стационара.

Взвешенный подход к назначению исследований позволяет снизить потребность в диагностических службах и сократить расходы на эти цели.

Другой важнейшей проблемой является низкая преемственность между поликлиникой и стационаром. Направляя на госпитализацию, пациенту не всегда дают корректно оформленное направление. Необходимо разработать и принять к обязательному исполнению такое направление, в котором были бы указаны данные о проведенных исследованиях, их дате, сведения о проводимом лечении, наименовании препарата и дозе. От качественно заполненного направления на госпитализацию зависит уровень повторных диагностических исследований, а это ведет к излишнему использованию ресурсов стационара.

4. Изменение режима работы персонала.

В целях организации непрерывного процесса лечения необходимо так организовать работу персонала, чтобы не было свободных дней в лечении пациентов. В подавляющем большинстве российских больниц суббота и воскресенье являются днями неактивного лечения. В результате удлиняются сроки лечения, возрастают затраты, снижается эффективность использования ресурсов. Изменение режима работы персонала позволят сократить непроизводительные расходы на стационарную помощь и сократить длительность пребывания в стационаре. Для решения данной проблемы необходимо составить гибкий график работы диагностических и лечебных служб, изменить часы работы, согласовать разделение отпусков на 2 и более части, усилить отдельные службы для организации непрерывной работы с целью проведения интенсивного лечения в сжатые сроки.

5. Постоянный контроль качества лечебного процесса.

При проведении экспертизы качества лечения необходимо оценивать:

организацию работы структурных подразделений медицинского учреждения и организацию работы персонала;

организацию обследования, лечения и ухода за больными, объема деятельности и взаимодействия лечебных и параклинических подразделений;

научно-технологический уровень лечебно-диагностического процесса;

сроки лечения в разрезе нозологии, их сравнение с принятым в данном медицинском учреждении нормативом;

исходы и результаты лечения.

Заведующему отделением необходимо контролировать ход лечебного процесса, вносить при необходимости коррективы, проводить очный осмотр больного. Цель проводимой работы должна заключаться не в поиске ошибок, а в организации лечебного процесса на высоком уровне. Заведующий отделением должен помогать лечащим врачам в выборе лекарственных препаратов, в своевременности назначения консультативных осмотров и диагностических исследований, в переводе больных в другие отделения с учетом динамики патологического процесса. Контроль и помощь со стороны заведующего отделением будут способствовать улучшению качества медицинской помощи.

Другим важным фактором внутриведомственного контроля качества лечения является более четкая увязка результата и затрат. Работа заведующего отделением по контролю за ходом лечебного процесса направлена на повышение качества лечения и на оценку деятельности персонала отделения. В условиях финансирования по методу глобального бюджета возможность материального стимулирования появляется только тогда, когда весь коллектив работает на единую цель: оказание медицинской помощи тем, кто в этом нуждается, и с высоким качеством. Постоянный контроль со стороны заведующего отделением за сроками пребывания в стационаре позволяет своевременно назначать необходимые исследования и вносить коррективы в процесс лечения. Все случаи нетипичного течения болезни находятся под постоянным вниманием медицинского персонала, что ведет к более полному и правильному лечению. В результате сокращаются необоснованные дни пребывания в стационаре, и остающиеся

ся от запланированных средства передаются в собственность медицинского учреждения.

6. Развитие стационарозамещающих технологий.

Пребывание в стационаре до полного выздоровления не может иметь место в современных условиях. В отделении должно проводиться активное лечение с использованием всех возможностей медицинского учреждения. Долечивание необходимо проводить на менее затратном уровне, каким может быть, например, стационар дневного пребывания. Стационар дневного пребывания в больничном медицинском учреждении призван проводить лечение больных, которым не требуется круглосуточного медицинского наблюдения и активных вмешательств. При его создании экономия в использовании ресурсов достигается за счет сокращения расходов на заработную плату и питание. Проведение долечивания больных на койках дневного стационара может дать ФГУЗ МСЧ № 100 значительную экономию средств, которые могут быть направлены на улучшение медикаментозного обеспечения и премирование сотрудников.

7. Внедрение новых технологий лечения.

В стационарном медицинском учреждении возможно применение различных технологий лечения одного и того же заболевания. Новые технологии лечения требуют обоснования как с медицинской точки зрения, так и с позиции затратной эффективности. Прежде чем вводить в действие новую схему лечения или применение новой технологии, требуется серьезное изучение ожидаемых перемен.

8. Взаимодействие с врачами поликлиники по ведению больных, выписанных раньше предусмотренного срока лечения.

Как было указано выше, система оплаты по методу глобального бюджета позволяет направлять больных на долечивание на менее дорогостоящие этапы лечения с возмещением расходов по ведению пациентов. Взаимодействие с другим уровнем оказания медицинской помощи должно быть оформлено договором, в котором имеются критерии перевода больного, дальнейшее лечение на другом уровне и порядок оплаты медицинской помощи. Взаимосвязь врачей

стационара и поликлиники и развитие договорных отношений помогут оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, расширить объем, оказываемый в амбулаторных условиях, улучшить преемственность и сократить расходы в стационаре.

Таким образом, управление ресурсами в стационарном медицинском учреждении в полном объеме возможно тогда, когда существует заинтересованность персонала к сокращению расходов и интенсификации труда, возможного лишь при изменении системы финансирования стационарной медицинской помощи.

3.3 Прогнозирование объёмов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи.

Планирование деятельности учреждений здравоохранения в Российской Федерации осуществляется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [95, 89].

Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, нормативы объемов медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи.

Что касается Приморского края, то основным документом, регламентирующим государственные гарантии по оказанию медицинской помощи является программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Приморского края, бесплатной медицинской помощи на 2010 год.

Данная программа определяет критерии доступности и качества медицинской помощи, перечень специальных видов обследования, проводимых

в условиях стационара, объемы медицинской помощи, объем (койко-дни) и перечень видов стационарной медицинской помощи, а также объём (посещения) и перечень видов амбулаторной медицинской помощи.

Объемы стационарной помощи определяются количеством койко-дней на 1000 человек: норматив объема стационарной помощи составляет 3755,42 койко-дня, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования — 1757,48 койко-дня.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи определяются количеством посещений на 1000 человек: норматив объема амбулаторной помощи составляет 17372 посещения, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 1462 посещения.

Объемы скорой медицинской помощи определяются количеством вызовов на 1000 человек: норматив вызовов составляет 607 вызовов.

Основным недостатком программы является тот факт, что планируемые объемы медицинской помощи определяются численностью населения и не зависят от показателей здоровья населения и не отражают реальный спрос населения на медицинские услуги.

По сути своей ТППГ представляет собой элемент финансовой модели бюджетирования в части ее индикативного планирования. Центральным понятием индикативного планирования является индикатор, под которым понимается интегральный показатель, количественно определяющий качественные характеристики процесса.

В Приморском крае медицинская помощь населению оказывается в соответствии с ежегодно принимаемыми постановлениями Губернатора края «Об оказании медицинской помощи населению Приморского края». Постановления определяют виды и объемы медицинской помощи, оказываемые за счет бюджетов всех уровней и средств фонда обязательного медицинского страхования, финансовые нормативы, а также порядок и условия оказания медицинской помощи населению. (Приложение 1) .

Механизмом реализации ТПГГ является государственный (муниципальный) заказ-задание на предоставление медицинских услуг, представляющий собой комплексный план, содержащий объемные и финансовые показатели деятельности учреждений здравоохранения на очередной год.

В табл. 3.6 представлены объемы оказания медицинской помощи населению Приморского края за период с 2005 по 2009 гг.

Таблица 3.6.

Объемы оказания медицинской помощи населению Приморского края за период с 2005 по 2009 гг.

Виды медицинской помощи	Годы					
	2005	2006	2007	2008	2009	2009 г. в % к 2005 г.
Стационарная (пролечено больных)	324743	336598	339969	343850	356947	109,9
Стационарная (койко-дней)	4984531	5134148	5023281	4923448	4988759	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15364244	1490703	1480286 8	91,9
Скорая медицинская помощь (вызова)	635669	593770	620841	619770	610711	96,1

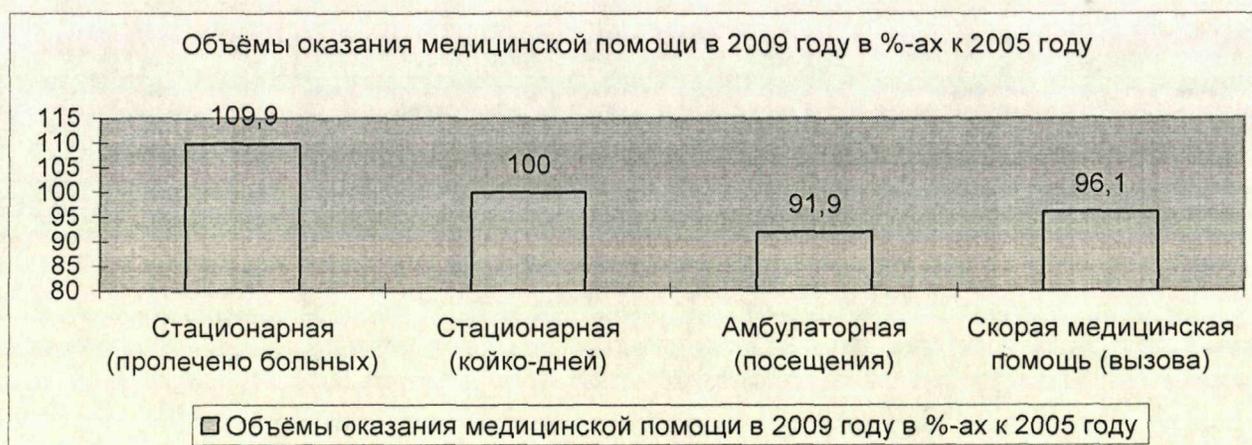


Рис. 3.5 Объемы оказания медицинской помощи в 2009 году по отношению к 2005 году.

Из табл. 3.6 следует, что в период с 2005 по 2009 гг. произошел рост объемов стационарной помощи, за счет увеличения численности пролеченных больных почти на 10% при одновременном уменьшении объемов амбулаторно-поликлинической (на 8,1%) и скорой медицинской помощи (на 5,9%).

Указанные тенденции противоречат Концепции развития здравоохранения Российской Федерации и объясняются следующими факторами:

- низкими тарифами на медицинские услуги, ежегодно утверждаемые Краевым комитетом по тарификации медицинских услуг, что не позволяет в полном объеме восполнять затраты учреждений здравоохранения на производственную деятельность. Это «мотивирует» учреждения здравоохранения увеличивать объемы дорогостоящей госпитальной медицинской помощи по принципу: «Чем больше госпитализированных больных, тем больше объем финансирования»;

- снижением доступности медицинской помощи для населения вследствие дефицита кадров на этапе первичной медико-санитарной помощи и централизации квалифицированной медицинской помощи в крупных населенных пунктах;

- появлением нового для Российской Федерации феномена — «профессионального имиджа» [133], что привело к тому, что экономически активное население для поддержания перед работодателем определенного профессионального имиджа сократило обращаемость за медицинской помощью. Подтверждением тому является тот факт, что в Приморском крае в период с 2003 по 2007 гг. заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности уменьшилась с 77,9 случаев на 100 работающих до 54,1 (снижение на 30,6%);

- формированием негосударственного сектора здравоохранения. Учреждения, работающие в данном секторе, не ведут государственную форму отчетности по регистрации заболеваний, что приводит к уменьшению числа случаев заболеваний населения.

Для разработки прогноза развития спроса населения Приморского края на медицинские услуги до 2014 года нами изучена динамика общей численности населения Приморского края до 2009 года, а также динамика объемов оказания стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.



Рис. 3.6 Динамика численности населения Приморского края¹⁰

С целью изучения динамики общей численности населения края до 2014 года выбрано линейное уравнение регрессии [149]:

$$Y_t = a + b * t, \quad (1)$$

где Y_t - общая численность населения в году t ;

a, b — коэффициенты уравнения регрессии.

В результате расчетов получено уравнение регрессии:

$$Y_t = 2322,4309 - 14,085 * t$$

Характеристики данного уравнения (коэффициент детерминации $R = 0,995$; стандартная ошибка $S = 3,56$; критерий Фишера $F = 1723,35$ при уровне значимости $1,36 \cdot 10^{-11}$) показывают, что оно адекватно отражает фактическое изменение общей численности населения края. Отклонение расчетных данных от фактических составляет не более 0,4% от общей численности населения края (табл. 3.7).

¹⁰ Рассчитано автором на основе данных статсборника «Регионы России 2009»: социально-экономические показатели, раздел 3.

Прогноз динамики общей численности населения

Приморского края до 2014 года¹¹

Год	<i>t</i>	Общая численность населения, тыс. чел.	Расчетные значения общей численности населения по уравнению (1)	Отклонения (3)-(4)	(5)/(3) относительная ошибка
1	2	3	4	5	6
1990	1	2310	2308,3	1,7	0,1%
1995	2	2242	2239,2	2,8	0,2%
2000	3	2120	2115,9	4,1	0,3%
2001	4	2086	2087,9	-1,9	-0,1%
2002	5	2067	2071,8	-4,8	-0,3%
2003	6	2051	2055,7	-4,7	-0,3%
2004	7	2036	2037,9	-1,9	-0,1%
2005	8	2019	2018,5	0,5	0,0%
2006	9	2006	2008,2	-2,2	-0,1%
2007	10	1996	1994,8	1,2	0,1%
2008	11	1988	1982,8	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 2151,4309 - 14,085 * t$					
Прогноз по уравнению					
2009	12		1982,4		
2010	13		1968,3		
2011	14		1954,2		
2012	15		1940,2		
2013	16		1926,1		
2014	17		1912,0		

Из табл. 7 следует, что тенденция снижения численности населения в Приморском крае носит устойчивый характер. Прогнозные расчеты показывают, что при сохранении сложившейся тенденции к 2014 г. население края может уменьшиться до 1912, 0 тыс. человек, что составит 96 % от численности населения в 2008 году или 90% от численности населения в 2000 г.

¹¹ Рассчитано автором на основе данных статсборника «Регионы России 2009»: социально-экономические показатели, раздел 3.

В табл. 8 представлен прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2002 по 2010 гг.

Таблица 3.8

Прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Приморского края на период с 2010 по 2014 гг. (на 1000 населения)

Виды медицинской помощи	Годы				
	2010	2011	2012	2013	2014
Численность населения (в тыс. чел.)	1968,3	1954,4	1940,2	1926,1	1912
Стационарная (койко-дней)	7391793,19	7339592,848	7286265,884	7233314,462	7180363,04
Амбулаторная (посещения)	34193307,6	33951836,8	33705154,4	33460209,2	33215264
Скорая медицинская помощь (вызова)	1194758,1	1186320,8	1177701,4	1169142,7	1160584

Из табл. 3.8 следует, что в Приморском крае в период с 2010 по 2014 годы вследствие снижения общей численности населения произойдет и уменьшение объемов оказания медицинской помощи (при условии сохранения существующих социальных нормативов в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи). При этом объемы оказания стационарной помощи уменьшатся в 2014 году по сравнению с 2010 годом на 9,7 %, амбулаторно-поликлинической помощи - на 9%; скорой медицинской помощи - на 8,6%.

Другой составляющей частью Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи является ее финансовое обеспечение. В настоящее время финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение края, не позволяют в полном объеме обеспечить население бесплатной медицинской помощью. Стоимость медицинских услуг определяется по средневзвешенным тарифам, которые рассчитываются путем деления средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов).

Размер дефицита финансового обеспечения Программы ОМС в Приморском крае в 2010 году определяются как разность утвержденной стоимости Программы ОМС и потребности в финансовом обеспечении территориальной программы ОМС. Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы ОМС равна 11643,11 млн. руб.:

$(4059,6 * 1,5318 * 1872336) / 1000000 = 11643,11$ млн. руб., где:

4059,6 руб. – подушевой норматив финансового обеспечения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 02 октября 2009 года № 811;

1,5318 – районный коэффициент;

1872336 чел.– численность застрахованного населения Приморского края на начало 2010 года.

Расходы бюджета ТФОМС ПК на финансирование Программы ОМС в соответствии с Законом Приморского края от 22 декабря 2009 года № 543–КЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Приморского края на 2010 год» составляют 7754,85 млн. руб.

Дефицит финансового обеспечения Программы ОМС составляет:

$11643,11$ млн. руб. – $7754,85$ млн. руб. = $3888,26$ млн. руб.

Расчет стоимости Программы ОМС произведен по двум вариантам:

а) с учетом финансового обеспечения учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, по всем статьям расходов (полный тариф). Стоимость Программы ОМС, рассчитанная по данному варианту, составляет 14820,03 млн. руб.;

б) с учетом финансового обеспечения учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, только по статьям расходов, включенных в тариф ОМС. Стоимость Программы ОМС, рассчитанная по данному варианту составляет - 14653,32 млн. руб.

Разница в стоимости Программы ОМС, рассчитанной по всем статьям расходов, и Программы ОМС, рассчитанной по статьям, включенным в тариф

ОМС, с учетом бюджетных ассигнований на содержание учреждений, работающих в системе ОМС, составляет 166,70 млн. руб. за счет суммы расходов на содержание учреждений иных форм собственности.

Утвержденный размер ассигнований на содержание учреждений всех форм собственности, работающих в системе ОМС, составляет 2562,49 млн. руб., в том числе бюджетных ассигнований из средств консолидированного бюджета Приморского края - 2395,79 млн. руб.

Объемы медицинской помощи, предусмотренные Программой, рассчитаны на население Приморского края – 1982,8 тыс. человек.

При расчете Программы устанавливаются:

- количество койко-дней госпитализации- 2,78 на одного жителя;
- количество пациенто-дней стационарозамещающих видов помощи - 0,59 на одного жителя;
- количество амбулаторно-поликлинических посещений -9,5 на одного жителя;
- количество вызовов скорой медицинской помощи - 0,318 на одного жителя;
- в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования:
- количество койко-дней госпитализации - 1,894 на одного жителя;
- количество пациенто-дней стационарозамещающих видов помощи - 0,49 на одного жителя;
- количество посещений - 8,762 на одного жителя.

Такая финансовая политика не позволяет, с одной стороны, в полном объеме обеспечить качество оказываемых медицинских услуг, а с другой стороны - в полном объеме возместить расходы учреждений здравоохранения на медицинскую деятельность, что в свою очередь способствует росту соплатежей населения, а также создает условия для развития «теневое» рынка медицинских услуг.

В этой связи финансовую модель здравоохранения Приморского края можно представить в виде следующей формулы:

$$Z = \sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^f N_{ij} * Q_{ij} * I \quad \text{где:} \quad (2)$$

Z — затраты на здравоохранение (консолидированный бюджет и средства ОМС);

N_{ij} — финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи в Приморском крае;

$i=1, 2, \dots, t$ - виды услуг (пролеченный больной, посещение, вызов);

$j= 1, 2, \dots, f$ - уровень оказания услуг (клинический, городской, районный);

Q_{ij} — количество услуг;

I - 1,035 (индекс заболеваемости) - средне сложившийся показатель за 2005-2009 годы, рассчитывается как отношение показателя общей заболеваемости населения в территории к показателю общей заболеваемости по Российской Федерации.

Финансовая модель здравоохранения, представленная в формуле 2, отражает расходы на здравоохранение в зависимости от видов оказанных услуг (пролеченный больной, посещение, вызов), уровня оказания услуг (клинический, городской, районный), финансовых нормативов на единицу объема медицинской помощи и количества оказанных услуг. При этом учитывается территориальный коэффициент заболеваемости. Такой подход является основой для расчета стоимости ТПГГ.

Однако мы отдаем предпочтение расчету ТПГГ на основе стандартов оказания медицинской помощи, под которыми понимается определенная совокупность диагностических и лечебных мероприятий, отражающих достижение науки и практики, имеющих стоимостное выражение, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев.

В рамках реализации ТПГГ стандарты - это нормативный правовой акт, это минимальный социальный норматив, гарантирующий населению четко регламентированный объем бесплатной медицинской помощи соответствующего уровня, это медицинская технология, это финансовый инструмент, это инстру-

мент контроля качества медицинской помощи, это и механизм привлечения инвестиций в здравоохранение, покрытия его дефицита.

В этом случае расчет затрат на здравоохранение будет выглядеть следующим образом:

$$Z_{c.m.n} = \sum_{m=1}^M S_m * H_m, \text{ где} \quad (3)$$

$Z_{c.m.n}$ - затраты на здравоохранение, рассчитываемые через стоимость стандартов медицинской помощи;

m — 1, 2..., M - номер стандарта медицинской помощи;

S_m — стоимость стандартов медицинской помощи;

H_m - количество стандартов медицинской помощи m -го вида.

Таким образом, предлагаемая финансовая модель здравоохранения позволяет привести в соответствие объемы оказанной медицинской помощи и их финансовое обеспечение. В настоящее время в Департаменте здравоохранения Приморского края проводится плановая работа по разработке введению в деятельность учреждений здравоохранения края стандартов медицинской помощи.

Согласно определению ВОЗ качественной считается медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений и при достижении удовлетворенности пациентов.

Стандартизация во всем мире признается одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении.

Внедрение стандартов позволяет:

- получать достоверную информацию о новейших достижениях медицины;
- устанавливать научно и экономически обоснованные ориентиры качества продукции и услуг в медицине;
- обеспечивать равнодоступность эффективных и безопасных медицинских технологий и лекарственных средств;
- способствовать рациональному расходованию ресурсов;

- защищать права пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;

- обеспечивать адекватное финансирование медицинской помощи.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. и Перечнем поручений Президента РФ по вопросам развития российского здравоохранения и образования в субъектах РФ, стратегической целью реформы здравоохранения является переход на одноканальное финансирование и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи.

В настоящее время в России функционирует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. Эта модель основана на привлечении средств бюджетной системы РФ (всех уровней) и средств обязательного медицинского страхования. Многоканальность финансирования здравоохранения снижает управляемость отрасли и создает трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи.

В процессе перехода на систему стандартов совершенствуются и подходы к оплате амбулаторно-поликлинических услуг. Если для стационаров основным способом оплаты выбран федеральный стандарт, то для поликлиник - подушевой норматив финансирования на прикрепленное население. Финансирование по подушевому нормативу предполагает две модели.

Первая модель связана с поступлением в виде подушевого финансирования только на собственную деятельность поликлиники, ее мотивацией к профилактической работе, отслеживанием уровня госпитализации своего населения и аккумулированием всех сэкономленных средств (при сохранении качественных показателей) в самой поликлинике.

Вторая модель ориентирована на фондодержание, т.е. способ финансирования, при котором подушевой норматив включает средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения и дополнительные средства для взаиморасчетов за медицинские услуги, оказанные прикрепленным гражданам в других учреждениях.

В «Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2012 г.» предусмотрено увеличение доли средств обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения к 2012 г. до 70%. Указом Президента РФ от 28.06.2007 №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» доля средств ОМС в расходах консолидированного бюджета субъекта введена в перечень показателей оценки эффективности деятельности губернаторов.

Переход к преимущественно одноканальной форме финансирования здравоохранения предполагает, что основная часть средств будет направляться из системы ОМС, при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

Одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ. Во-первых, оно обеспечит финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат. В настоящее время тарифы в системе ОМС формируются на основе планируемых объемов медицинской помощи и выделяемого финансирования. Одноканальное финансирование позволит заменить данный подход расчетом стоимости лечения по законченному случаю по стандартам медицинской помощи. Переход к оплате за проделанную работу приведет к изменению структуры и качества самой медицинской помощи. Во-вторых, одноканальное финансирование нацелено на обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от места жительства.

Существующая значительная дифференциация обеспеченности территориальных программ государственных гарантий по субъектам РФ определяет различный уровень доступности и качества оказываемой медицинской помощи. Экстерриториальность и равнодоступность медицинской помощи при переходе на одноканальное финансирование будут обеспечиваться введением единых федеральных стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В-третьих, переход на одноканальное финансирование позволит повысить эффективность расходования бюджетных средств в системе здравоохранения, что особенно актуально в сложившихся экономических условиях.

Вынос непрофильных функций, экономия на затратах свидетельствуют о более эффективном расходовании финансовых средств. Кроме того, система финансирования по расширенному тарифу помогает главным врачам эффективнее распоряжаться заработанными средствами, определяя приоритетные статьи расходов (ремонт оборудования, закупка недорогого оборудования, повышение квалификации медицинских работников и т.д.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инновационное развитие здравоохранения Приморского края является составной частью стратегии социально-экономического развития региона. Целью инновационного развития здравоохранения Приморского края является создание условий для эффективного развития отрасли, а также повышение качества оказания медицинской помощи населению, направленное на сохранение его здоровья.

Здоровье населения является важнейшим экономическим ресурсом, составной частью производительных сил общества. Качество здоровья определяет качество трудовых ресурсов, качество трудового потенциала и в конечном итоге качество человеческого капитала.

Демографические процессы в Приморском крае характеризуются уменьшением общей численности жителей, формированием регрессирующего типа развития населения, его старением, существенным падением рождаемости и, наоборот, ростом смертности, особенно среди лиц в трудоспособном возрасте, а также значительным сокращением средней ожидаемой продолжительности жизни населения.

Прогноз развития объемов спроса населения на медицинские услуги до 2014 года при прочих равных условиях свидетельствует о том, что по сравнению с 2010 годом объемы оказания стационарной помощи уменьшатся на 9,7%, амбулаторно-поликлинической помощи - на 9%; скорой медицинской помощи - на 8,6%.. Это неизбежно окажет влияние на развитие организационной макроструктуры здравоохранения края, развитие его ресурсной и производственной базы.

В этой связи, актуальным является разработка основных направлений инновационных преобразований системы управления затратами в сфере здравоохранения, для реализации которых необходимы: перемещение части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап; сокращение излишних мощностей больниц, использование их для оказания медико-

социальной помощи; первоочередное развитие первичной медико-санитарной помощи; переход от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов медицинской помощи.

Система управления затратами государственного учреждения здравоохранения является подсистемой управления ГУЗом и призвана решать задачи, способствующие достижению главных целей функционирования и развития ГУЗа. Формирование инновационной системы управления затратами ГУЗа основывается на решении следующих проблем, возникших в сфере здравоохранения в последнее время:

- государственные учреждения здравоохранения сегодня сталкиваются с высокой конкуренцией со стороны коммерческих медицинских учреждений, предлагающих платные медицинские услуги адекватные потребностям рынка.

- падение качества предоставляемых ГУЗами медицинских услуг.

- недофинансирование капитальных затрат на воспроизводство материально-технической базы привело к устареванию и разрушению основных фондов государственных учреждений здравоохранения.

- низкая реальная заработная плата медицинскому персоналу, что привело к оттоку высококвалифицированных специалистов из государственных учреждений здравоохранения в коммерческие структуры.

- недоукомплектованность медицинскими кадрами явилась предпосылкой к возникновению повышенной нагрузки на работающих врачей здравоохранения.

- управление ГУЗов стало испытывать серьезные трудности от недостатка гибкости, малой степени оперативности в принятии управленческих решений и слабой мотивации медицинских отделений и работающих специалистов в организации доходной деятельности в рамках ГУЗа.

Эти проблемы здравоохранения приводят к необходимости сокращения затрат ГУЗа до рационального уровня, к поиску путей наиболее полного и рационального использования ресурсов ГУЗа. Анализ литературных источников,

посвященных управлению затратами, функционированию ГУЗов позволил предложить следующее определение системе управления затратами ГУЗа:

Система управления затратами муниципального учреждения здравоохранения – это совокупность элементов управляющей подсистемы, воздействующих на управляемую подсистему с помощью набора функций и методов управления, находящихся во взаимодействии с окружающей средой, имеющих определенную структуру и порядок взаимодействия с целью оптимизации затрат на достижение высокого качества медицинской деятельности ГУЗа.

Согласно этому определению руководству ГУЗа необходимо решить следующие задачи:

- определить элементы управляющей подсистемы, а именно: перечислить все уровни управленческих должностей, которые участвуют в управлении затратами ГУЗа, определить сферу полномочий и ответственности каждого из них, а также принципы их взаимодействия между собой по поводу управления теми или иными видами затрат.

- классифицировать элементы управляемой подсистемы, т.е. сами затраты муниципального учреждения здравоохранения, таким образом, чтобы обеспечить удобство принятия управленческих решений на любом из уровней управления ГУЗом.

- выявить особенности осуществления функций управления затратами ГУЗа и разграничить ответственность за исполнение тех или иных функций между субъектами управления.

- определить порядок осуществления функций управления затратами ГУЗа и создать эффективную структуру взаимодействия всех элементов системы управления затратами, обеспечив тем самым их взаимосвязь и взаимозависимость.

При формировании системы управления затратами ГУЗа необходимо особое внимание обратить на устранение противоречий между целями и задачами различных уровней управления, обеспечить сбалансированное развитие как основных, так и обеспечивающих видов деятельности ГУЗа. В системе за-

дач, обеспечивающих мониторинг затрат ГУЗа особую роль должны играть два направления:

- ежегодный анализ «затраты - объем - прибыль»;
- анализ отклонении «плановый бюджет центра ответственности - реальный бюджет центра ответственности».

Цели и задачи системы управления затратами предопределяют необходимость изменения централизованной структуры управления ГУЗом в сторону разумной децентрализации функций управления.

В диссертации разработана система управления затратами ГУЗа на основе выделения центров ответственности, которая позволяет закрепить ответственность за затраты и результаты деятельности в каждом отделении ГУЗа. Система бюджетов ГУЗа кроме функции контроля затрат также помогает более точно рассчитывать себестоимость предоставления медицинских услуг в разрезе направлений медицинских видов деятельности и усеченную себестоимость. В свою очередь расчет усеченной себестоимости видов деятельности позволяет руководству ГУЗа принимать обоснованные решения об оптимизации структуры затрат.

В диссертации предложены методические рекомендации по отнесению статей затрат ГУЗа на себестоимость вида затрат, что позволяет рассчитывать полную себестоимость предоставленной медицинской услуги и устанавливать безубыточную цену.

Определяющим значением инновационного управления затратами ГУЗа является оценка эффективности данной системы, позволяющая определить экономический и социальный эффект. Система экономических показателей эффективности, предложенная в диссертации, отражает результаты внедрения инвестиционного процесса, связанного с оптимизацией затрат. Показатели социальной эффективности связаны с расчётами коэффициентов медицинской результативности, диагностической, лечебной деятельности и социальной удовлетворённости, что в первую очередь сказывается на качестве медицинской помощи для населения.

Эффективное функционирование и развитие системы управления затратами ГУЗа предполагает переход на одноканальное финансирование с использованием стандартов медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат и с учётом качества оказанной медицинской помощи, что в конечном итоге повысит конкурентоспособность ГУЗа, и будет являться базой для прогнозирования и планирования развития учреждений здравоохранения в целом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 31.07.98 г. № 145-ФЗ (ред. от 02.02.06 г.).
2. Федеральный закон № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» от 17. 07. 1999.
3. Федеральный закон № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.91 г. (ред. от 29.05.02 г.).
4. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» от 22.05.04 г. №249 (Изм. от 23.12.04 г.).
5. Постановление Правительства Российской Федерации «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» от 06. 05. 2003 № 255.
6. Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» от 02.10 2009 № 811.
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации «О социальных нормах и нормах» от 03.07.96 г. № 1063-р.
8. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Приморского края, бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утверждена постановлением Администрации Приморского края от 11.02. 2010 г. № 38-па.
9. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации: Сборник законодательных актов и нормативных документов. - М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. - Т. 6. - С. 58-74.
10. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г
11. Авксентьева М.В., Бальчевский В.В., Воробьев П.А., Вялков А.И., Герасимов В.Б., Горбунова И.Б., Горбунов С.Н., Горохова С.Г., Илюхина Е.В., Кат-

- линский А.В., Лукьянцева Д.В., Миняйлик Г.М., Новолодский В.М., Сура М.В., Фисенко В.П. Основы стандартизации в здравоохранении. Учебное пособие. – М.: Ньюдиамед, 2002 – 216 с.
12. Акулин Д.Ю. Оптимизация налоговых платежей. – М.: Современная экономика и право, 2002. – 184 с.
13. Алдаров А.Т., Воробьев А.И., Егоркина Т.И. Информационное обеспечение обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 1996. – Спец. вып. – С. 48-50.
14. Акопян А.С., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Методы анализа экономической эффективности лечебно-профилактических организаций // Экономика здравоохранения. - 1999. -№5/6. - С. 49-54.
15. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях / В.И. Стародубов, А.М. Таранов, В.Л. Гончаренко и др. - М., 1999. -35 с.
16. Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Рубцов С.Н. Здоровье как конкурентоспособный товар на рынке труда // Экономика здравоохранения. - 2002. -№ П.-С. 29-30.
17. Аперч А., Управленческий учет: принципы и практика: Пер. с англ. / Под ред. Я.В. Соколова, И.А. Смирновой. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 925 с.: ил. – Пер. изд. Alan Upchurch. Management Accounting: Principles & Practice. Financial Times Professional Limited, 1998
18. Архангельская Е.Ф., Демидов Н.А. Проблемы здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. - 1997. -№4. -С. 23-25. Барнум Г.Е., Потапчук Е.В., Черниховский Д.К. Финансирование здравоохранения в России. - М., 1993. - 268 с.
19. Ахмедуев А. Государственные предприятия: типы и механизм функционирования // Вопросы экономики. – 1994. - № 8.
20. Баканов М.И., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа: Учебник. 4-е изд., доп. и перераб. – М.: Финансы и статистика, 2000. – 416 с.
21. Бовин А.А., Чередникова Л.Е., Якимович В.А. Управление инновациями в организациях. - М.: Омега-Л, 2006. - 415 с.

22. Богатая И.Н. Аудит: учеб. пособие / И.Н. Богатая, Н.Т. Лабынцев, Н.Н. Хахонова. – 4-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 506, [1] с.
23. Бояджян В.А., Семенов В.Ю. Проблемы стандартизации оценки деятельности учреждения здравоохранения // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1992. – Вып.1 – С. 29-34.
24. Бояринцев В.И., Гладышев А.А. Экономика здоровья населения. -М.: ТЕИС, 2001.-102 с.
25. Брюханова Н.В., Фадейкина Н.В. Финансовое планирование и бюджетирование инвестиционной деятельности организации / Под общ. ред. проф. Н.В. Фадейкиной. - Новосибирск: СИФБД, 2004. - 120 с.
26. Бухалков М.И. Совершенствование организации и нормирование труда в современном производстве. Учебное пособие. – Самара: СамГТУ, 1997. – 96 с.
27. Быкова Ж.Е., Боярский С.Г., Федорова Е.Г. Медико-экономический стандарт как инструмент оценки объемов и качества медицинской помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 2. – С. 22-25.
28. Вишневский А.Г. Демографический потенциал здоровья // Вопросы экономики. - 1998. - № 5. - С. 103-122.
29. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. -М.: Триумф; 2000. - 447 с.
30. Воропаев В.И. Управление проектами в России. - М.: Алане, 1995.-224 с.
31. Вялков А.И. Искать новое - не значит отвергать пройденное // Медицинская газета, 2001. - № 22. - С. 8.
32. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 1. -С. 5-11.
33. Вялков А.И. Теоретическое обоснование и разработка основ региональной политики в здравоохранении: Автореф. дис. ... д-р мед. наук. -М., 1999.-44 с.
34. Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения / Под ред. А.И. Вялкова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. -328 с.

35. Гайворонский В.С., Карпова Г.А., Максимова Т.Г. Стратегический анализ развития региональных медико-социальных систем. - СПб.: СПбГУ-ЭФ, 2000. - 111 с.
36. Генкин Б.М. Эффективность труда и качество жизни. - СПб., 1997.-112 с.
37. Генкин Б.М., Петроченко П.Ф., Бухалков М.И. Нормирование труда. Учебник. – М.: Экономика, 1985. – 272 с.
38. Герасименко Н.Ф. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 5/6. - С. 8-12.
39. Глущенко В.В., Шлуцнко И.И. Исследование систем управления. – М.: МО, НИЦ «Крылья», 2000. – 416 с.
40. Голухов Г.Н. Больница XXI века: антипатерналистский подход (профессиональная концепция) // Экономика здравоохранения, 1998. -№ 6. -С. 33-35.
41. Гончаров Д.С. Комплексный подход к управлению рисками для российских компаний / Денис Сергеевич Гончаров. – Москва : Вершина, 2008. – 224 с.
42. Гончаренко В.Л., Кадыров Ф.Н. О соотношении административных и экономических методов управления в здравоохранении // Экономика здравоохранения. - 1998. - №4/5 (29). - С. 11-14.
43. Гончаренко В.Л., Шиляев Д.Р., Шуралева СВ. Стратегия здоровья для всех в Российской Федерации // Здравоохранение. - 2000. - № 1. -С. 11-24.
44. Грашина М., Дункан В. Основы управления проектами. - СПб.: Питер, 2006. - 208 с.
45. Гурдус В.О. Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы // Менеджер здравоохранения, 2004. -№ 5. - С. 12-15.
46. Данишевский Д.М. Наиболее вероятные объяснения беспрецедентного повышения смертности населения бывших республик СССР // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 8/47. - С. 5-9.
47. Денисов В.Н., Бабенко А.И. Методология стратегического планирования в здравоохранении. - Новосибирск: ЦЭРИС, 2001. - 353 с.

48. Донин В.М., Маркова О.П. Конкуренция в Российском здравоохранении: платная и бесплатная медицина // Менеджер здравоохранения, 2005.-№ 7.-С. 4-12.
49. Жаркович Г., Затцингер В., Милк А. и др. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах // Стратегии улучшения систем в бывших социалистических странах. - М.: Федеральный фонд ОМС.- 1998.-424 с.
50. Иванов В.Н., Мальцев В.А., Патрушев В.И. Ресурсы региона: инновационные технологии реализации. Концептуально-технологическое обновление проекта. - М. - Н.Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии государственной службы, 1995. - 178 с.
51. Игнатенко А.В. Сущность и значение социальной политики и социальной рыночной экономики при управлении сферой услуг здравоохранения. - СПб: СПбГУЭФ, 2001. ~ 18 с.
52. Инновации: теория, механизм, государственное регулирование: Учеб. пособие / Под ред. Ю.В. Яковца. - М.: РАГС, 2000. - 237 с.
53. Инновационный менеджмент: Учебник // Под ред. В.А. Швандара, В.Я. Горфинкеля. - М.: Вузовский учебник, 2006. - 382 с.
54. Исследование операций в экономике: Учеб. пособие для вузов / Под ред. Н.Ш. Кремера. - М.: ЮНИТИ, 1997. - 407 с.
55. Ишаев В.И. Россия в глобальном мире. - Хабаровск: Институт экономических исследований ДВО РАН, 2003. - 368 с.
56. Кадыров Ф.Н. Методологические основы перехода к новой системе планирования // Экономика здравоохранения. - 1999. — № 5. - С. 38-44.
57. Кадыров Ф.Н. Обязательное медицинское страхование: системные противоречия и проблемы реализации выбранной модели // Экономика здравоохранения. - 2003. - № 4. - С. 41-51.
58. Кадыров Ф.Н. Проблемы участия частных медицинских организаций в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 2. - С. 11-14.

- 59.Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Трудовые показатели. Производственная деятельность. Финансовое состояние. Составление смет. - М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1999. - 198 с.
- 60.Карпов А.Е. Бюджетирование как инструмент управления: Книга 1. - М.: Результат и качество, 2005. - 400 с.
- 61.Карпов А.Е. Регламент системы бюджетирования: Книга 2. - М.: Результат и качество, 2005. - 464 с.
- 62.Карпова Т.П. Основы управленческого учета. Учебное пособие. – М.: ИНФРА-М, 1994.
- 63.Карпова Т.П. Управленческий учет. – М.: ЮНИТИ, 2001.
- 64.Киселев СВ., Салыхова Л.Я., Клименко В.Е. Экономические проблемы реформирования отечественного здравоохранения // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 9-10. - С. 8-10.
- 65.Кобяцкая Е.Е. Поиск эффективных организационно-экономических форм в здравоохранении // Здравоохранение. - 1998. - № 10. - С. 35-38.
- 66.Комаров Ю.М. Зловещие клещи // Медицинская газета. - 1997. - №36. - С.3.
- 67.Комаров Ю.М. О системе управления здоровьем // Российский медицинский журнал, 1992. - № 3. - С. 55-57.
- 68.Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации в рамках Территориальной программы / Под ред. А.М. Таранова, Н.А. Кравченко. -М.: Бимпа, 2000. - 344 с.
- 69.Конкурентоспособность регионального управления / О.Н. Дунаев, И.В. Ершова, Е.Ю. Кузнецова: Под ред. О.Н. Дунаева. - Екатеринбург: Изд-во ИПК УГТУ, 1999. - 102 с.
- 70.КравченкоН.А. Проблемы методологии прогнозирования, потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку // Экономика здравоохранения. — 1996. - № 3. — С. 12-18.

- 71.Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России. - М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. - 391 с.
- 72.Критский М.М. Человеческий капитал. - Л., 1991.- 206 с.
- 73.Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. - М.: Медицина, 1994. - 298 с.
- 74.Курков А.Н. Общественное здоровье - государственный ресурс-Краткий аналитический обзор проблемы // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - № 2. - С. 29-33.
- 75.Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка (проблемы финансирования) // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - № 2. - С. 34-38.
- 76.Курс для высшего управленческого персонала: Пер. с англ. - М.: Экономика, 1970. - 807 с.
- 77.Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран // Экономика здравоохранения. - 2000. -№7.-С. 5-12.
- 78.Маркова О.П., Донин В.М., Карнаух Д.И. К проблеме финансовой обеспеченности базовой программы ОМС в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. - 2006. -№ 2. - С. 12-19.
- 79.Маршалл А. Принципы политической экономии: Пер. с англ. -М.: Прогресс, 1983.-Т. 1.-416 с.
- 80.Менгер К. Основания политической экономии. Введение и критический обзор: Пер. с нем. - Одесса, 1903. - 278 с.
- 81.Методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации (Утверждена Коллегией Счетной палаты РФ (протокол от 09.07.2004 №25)) // Менеджер здравоохранения, 2005. -№ 11. - С. 71-79.

82. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Утверждены министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 2510/9257-01-34 и № 31-59/40-1 по согласованию с министерством финансов Российской Федерации № 12-03-03.
83. Московский А.Ю., Рожков А.Г. Экономика здравоохранения. - Омск: ИПК «Омич», 1995. - 203 с.
84. Назарова И.Б. Реформы охраны здоровья // Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики. - М.: Изд-во института социологии РАН, 2000. - С. 5-17.
85. Накатис А.Я., Титов В.В. Структура управления и процесс планирования деятельности медицинских организаций // Экономика здравоохранения. - 1998. - 4/5 (29). - С. 18-20.
86. Основы инноватики / Под ред. Н.З. Султанова. - Оренбург: ОГУ, 2000. - 172 с.
87. Панькова О.В. Финансово-кредитный механизм инновационной деятельности в государственном секторе науки: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.10. - Томск, 2004. - 166 с.
88. Парсонейдж М. Реформа национальной системы здравоохранения Великобритании // Экономические проблемы реформирования здравоохранения. - М., 1991. - С. 83-91.
89. Пирогов М.В. Организационно-экономическое управление здравоохранением субъекта Федерации // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Владивосток, 2000. - 26 с.
90. Повысить ценность человеческой жизни. Интервью Председателя Совета Федерации С. Миронова // Медицинская газета, 2006. - № 30. - С. 4.
91. Попов М.А., Михайлова П.И. Здоровье как социальная ценность // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. - М.: «Медицина», 1975. - С. 50-54.

92. Правовые основы здравоохранения в России / Ю.Л. Шевченко, А.П. Мухин, О.В. Леонтьев и др.: Под ред. Ю.Л. Шевченко. - 2-е изд., пере-раб. и доп. - М.: ГЗОТАР-МЕД, 2000. - 211 с.
93. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских организаций // Экономика здравоохранения, 2002. - № 3. - С. 14-18.
94. Райс Д.А. Преобразование системы здравоохранения в США в контексте мирового процесса реформ // Материалы к Московскому международному семинару «Роль медицинского страхования в реформе здравоохранения». - М., 1998. - 28 с.
95. Региональное здравоохранение России: пути формирования и развития / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов, В.С. Нечаев. - Социальная гигиена и история медицины. - 1999. - № 1. - С. 3-12.
96. Решетников А.В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 11. - С. 25-28.
97. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социально-экономический анализ региональной системы ОМС // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 2/3(36). - С. 36-39.
98. Ричардсон М. Задачи управления в области здравоохранения // Управление в здравоохранении России и США (опыт и проблемы): Пер. с англ. - Новосибирск, 1997. - С. 6-19.
99. Россия и страны мира: Стат. сб. / Госкомстат России. - М.: 1998. - С. 75-76.
100. Рябушкин Т.В., Бедный М.С., Волков А.Г. Трудовые ресурсы и здоровье населения. - М.: Наука, 1986. - С. 111-134.
101. Савкова В.М., Кораблев В.Н. Технология ресурсосбережения в здравоохранении региона. - Хабаровск: Изд-во «РИОТИП» краевой типографии, 2003. - 144 с.
102. Савкова В.М., Кораблев В.Н., Тропникова В.Е. Оценка состояния и эффективность использования ресурсов здравоохранения: Методические рекомендации. - Хабаровск, 2002. - 90 с.

103. Савкова В.М., Писарева Л.В., Кораблев В.Н. Проблемы рационального ресурсопотребления в здравоохранении региона // Здравоохранение Дальнего Востока. - 2002. - № 1. - С. 51-55.
104. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. - 432 с.
105. Самочкин В.Н., Калюкин А.А., Тимофеева О.А., Захаров Р.А. Учет риска при принятии управленческих решений на этапе формирования бюджета // Менеджмент в России и за рубежом. - 2000. - № 3. - С. 52-58.
106. Селезнев В.Д., Поляков И.В. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. - СПб., 1996. - 78 с.
107. Семенов В.Ю., Гришин В.В. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах. - М.: Фирма «Айс», 1997. - 252 с.
108. Сибурина Т.А. Страхование здоровья за рубежом. - М., 1992. - 43 с.
109. Слепнев А.А., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация системы здравоохранения: поиск решений // Менеджер здравоохранения. — 2004. - № 11. - С. 4-13.
110. Смирнов И.Н. Здоровье человека: новые условия - новые требования // Общественные науки и здравоохранение. - М.: Наука, 1987. - С. 17-32.
111. Стародубов В.И. Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. - 2004. — № 1. - С. 4-10.
112. Стародубов В.И., Путин М.Е., Пачин М.В., Преображенская В.С. Ресурсная база лечебно-профилактических учреждений: анализ состояния и развития // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 3. - С. 64-79.
113. Стародубов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения: Часть 1 // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 10. - С. 34—44.
114. Стародубов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения: Часть 2 // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 11. - С. 37-46.

115. Стародубов В.И., Хальфин Р.А. Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 6. - С. 4-9.
116. Таранов А.М. Основные итоги деятельности системы ОМС за 2002 год. Проблемы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Здравоохранение. - 2003. - № 6. - С. 43-48.
117. Таранов А.М. Проблемы и перспективы развития системы ОМС в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 12. - С. 12-14.
118. Твисс Б. Управление научно-техническими нововведениями / Пер. с англ. - М.: Экономика, 1989. - 271 с.
119. Тедеев А.А., Парыгина В.А. Бюджетная система России. Учеб. пособие. - М.: Изд-во «Эксмо», 2005. - 416 с.
120. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии // Менеджер здравоохранения. - 2005. — № 8. — С. 21-28.
121. Тишук Е.А. Состояние и динамика потребления медицинских услуг населением Российской Федерации // Здравоохранение. - 2002. - № 3. - С. 18-19.
122. Тэгай Н.Д., Сайтгареева А.А. Некоторые аспекты деятельности государственных и негосударственных медицинских учреждений в реализации территориальных программ ОМС // Здравоохранение. - 2002. - № 9. - С. 53-56.
123. Управление затратами на предприятии: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. – В.Г. Лебедев, Т.Г. Дроздова, В.П. Кустарев, А.Н. Асаул, И.Б. Осорьева; Под общ. ред. Г.А. Краюхина. – СПб.: Издательский дом «Бизнес-пресса», 2003.
124. Участие населения в финансировании здравоохранения / В.Э. Бойков, Ф. Фили, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. - Здравоохранение. - 2000. - № 2. - С. 32-46.
125. Ушаков И.В., Князюк Н.Ф. Возможности применения стандартов ГОСТ Р ИСО 900102001 в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. - 2006. - № 4. - С. 38-45.
126. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования / Под ред. О.П. Щепина. - М., 1999. — 176 с.

127. Финансы предприятия: Учебник / Под ред. М.В. Романовского — СПб.:Бизнес-пресса, 2000. - 528 с.
128. Флек В.О., Кравченко Н.А., Вялкова Г.М., Дмитриева Е.Д.. Анализ реализации территориальных программ госгарантий в 2003 году // Здоровоохранение. - 2004. - № 11. - С. 18-29.
129. Флек В.О., Кравченко Н.А., Соковикова Н.Ф. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 9. - С. 12-21.
130. Хальфин Р.А., Соловьева О.Г., Зелькович Р.М., Шейман И.М. Правовые основы и методы формирования муниципальных заказов-заданий и планов-заданий медицинским учреждениям на предоставление государственных, муниципальных услуг // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 3. - С. 23-27.
131. Чуваткин П.П. Стратегия управления развитием здравоохранения. - СПб.: СПбГУЭФ, 1999. - 172 с.
132. Шайбакова Л.Ф., Лебедев Ю.А. Инновационный процесс в регионе (организационно-экономический аспект). - Екатеринбург: УГЭУ, 1995. - 256 с.
133. Шапиро В.Д. Управление проектами. - СПб.: Два+Три, 1996. - 342 с.
134. Шевченко Ю.Л. Доклад на коллегии МЗ РФ «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ на 2002-2004 года и на период до 2010 года». - М., 2000. - 110 с.
135. Шейман И.М. О так называемой конкурентной модели обязательного медицинского страхования: Часть 2 // Менеджер здравоохранения. - 2006. - №2. - С. 20-26.
136. Шейман И.М. Подходы к созданию интегрированной системы оказания и финансирования медицинской помощи (Российско-американская программа «ЗдравРеформ») // Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС: Матер. Всерос. научн.-практ. конф. - М.: Федеральный фонд ОМС, 1996. - С. 197-228.
137. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. - М.: Русь-Издательство, 1998. - 336 с.

138. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. - М.: Медицина, 1986. - 208 с.
139. Шишкин СВ. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 8. — С. 10-15.
140. ШумпетерЙ. Теория экономического развития: Исследование предпринимательской прибыли, капитала, кредита, процента и цикла конъюнктуры. - М.: Прогресс, 1982. - 383 с.
141. Щепин В.О. Финансовое обеспечение здравоохранения как основа повышения его структурной эффективности // Материалы VI научно-практической конференции: Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения. - Москва, 2001. - С. 9-13.
142. ЩиборщК.В. Бюджетирование деятельности промышленных предприятий России. - М.: Дело и Сервис, 2001. - 544 с.
143. Экономика здравоохранения / Под ред. А.В. Решетникова. - 2-е изд., испр. и доп. - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 272 с.
144. Экономика труда и социально-трудовые отношения / Под ред. Г.Г. Меликьяна, Р.П. Колосовой. - М.: Изд-во МГУ, изд-во ГеРо, 1996. -623 с.
145. Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed? // JAMA. – 1988. – Vol. 114. – P. 12-32.
146. Hatcher J.B. Comparing British and American health care systems. What do the differences say about us? Our cultures? // Today Surg. Nurs. – 1997. – Vol. 19. - № 4. – P. 43-46.
147. Garrison, Ray H. Managerial Accounting: concepts of planning, control, decision making. Sixth Edition. IRWIN, 1997.
148. Kassirer J.P. The quality of care and the quality of measuring it // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. – 329. – P. 1263-1265.
149. Singer S.J. Economist's perspectives on health care delivery in California as of 1995 // West J. Med. – 1998. – Vol. 168. - № 5. – P. 360-370. Smee C. Self-

- governing Trust and GP Fundholders: The British Experience // Implementing Planned Markets in Health Care. – Buckingham, 1995. – P. 14-16.
150. Social Indicators of Development. Washington: The World Bank, 1994.
151. Steffen G.E. Quality medical care a definition // JAMA, – 1988. – Vol. 260. – № 1. – P. 56-61.
152. Young B.C., Doule K.R. Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey // J. Emer. med. – 1995. - № 13/15. – P. 721-