

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].

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны

Объективно здоровье представляет реальную предпосылку для удовлетворения общественных и индивидуальных материальных и духовных потребностей [6]. На каждом историческом этапе развития общества достижение максимально возможного уровня индивидуального и общественного здоровья является важнейшим условием его социально-экономического прогресса [5, 112].

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 [48, 122].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 19-20 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].

В экономической литературе для определения возможностей участия трудоспособного населения в экономических процессах используются понятия рабочей силы и человеческого капитала [1, 22, 71].

Исследуя механизм функционирования рыночной экономики, К. Маркс исходил из того, что рабочая сила как «совокупность физических и духовных способностей, которыми обладает организм, живая личность человека», является товаром, который его владелец, наемный работник продает капиталу [78].

Человеческий капитал рассматривается как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья,

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 1920 ав. 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.

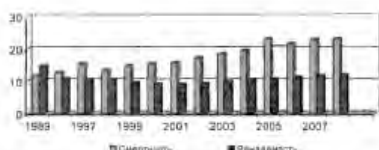


Рис.1.1 Смертность и рождаемость населения России 1989-2008 (на 1000 чел.).

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

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны

Объективно здоровье представляет реальную предпосылку для удовлетворения общественных и индивидуальных материальных и духовных потребностей [6]. На каждом историческом этапе развития общества достижение максимально возможного уровня индивидуального и общественного здоровья является важнейшим условием его социально-экономического прогресса [5, 112].

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 [48, 122].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 19-20 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].

В экономической литературе для определения возможностей участия трудоспособного населения в экономических процессах используются понятия рабочей силы и человеческого капитала [1, 22, 71].

Исследуя механизм функционирования рыночной экономики, К. Маркс исходил из того, что рабочая сила как «совокупность физических и духовных способностей, которыми обладает организм, живая личность человека», является товаром, который его владелец, наемный работник продает капиталу [78].

Человеческий капитал рассматривается как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья,

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 1920-х годов 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.

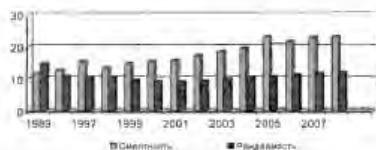


Рис. 1.1 Смертность и рождаемость населения России 1989-2008 (на 1000 чел.).

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

Таким образом, в основе здравоохранного поведения человека лежат его экономические мотивы, позволяющие ему удовлетворять свои потребности для сохранения и воспроизводства здоровья.

Становится понятным, что отсутствие целей развития и невостребованность человека как источника рабочей силы, а также неудовлетворенность его потребностей в конечном итоге ведут к деградации личности.

И, наоборот, востребованность человека в семье, обществе, на производстве формирует его экономическое поведение.

Следовательно, здоровье как экономическое благо формируется и развивается при наличии на него потребительского спроса в семье, обществе, на производстве; высокому качеству трудового потенциала индивида; способности приносить доход себе и обществу; целевому управлению трудовыми ресурсами, человеческим капиталом со стороны индивида, семьи и общества.

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.

По мнению К. Менгера «Забота об удовлетворении потребности имеет то же значение, что и забота о нашей жизни и нашем благосостоянии; она является самым важным из всех стремлений человека, как предположение и основа всех остальных» [80]. Он же отмечает: «Наши потребности вытекают из влечений, последние же коренятся в нашей природе; неудовлетворение потребности ведет нашу природу к гибели, недостаточное удовлетворение - к разрушению ее, а удовлетворять потребности - значит жить и преуспевать».

В этих условиях 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

- 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 в 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

Таким образом, в основе здорового поведения человека лежат его экономические мотивы, позволяющие ему удовлетворять свои потребности для сохранения и воспроизводства здоровья.

Становится понятным, что отсутствие целей развития и невостребованность человека как источника рабочей силы, а также неудовлетворенность его потребностей в конечном итоге ведут к деградации личности.

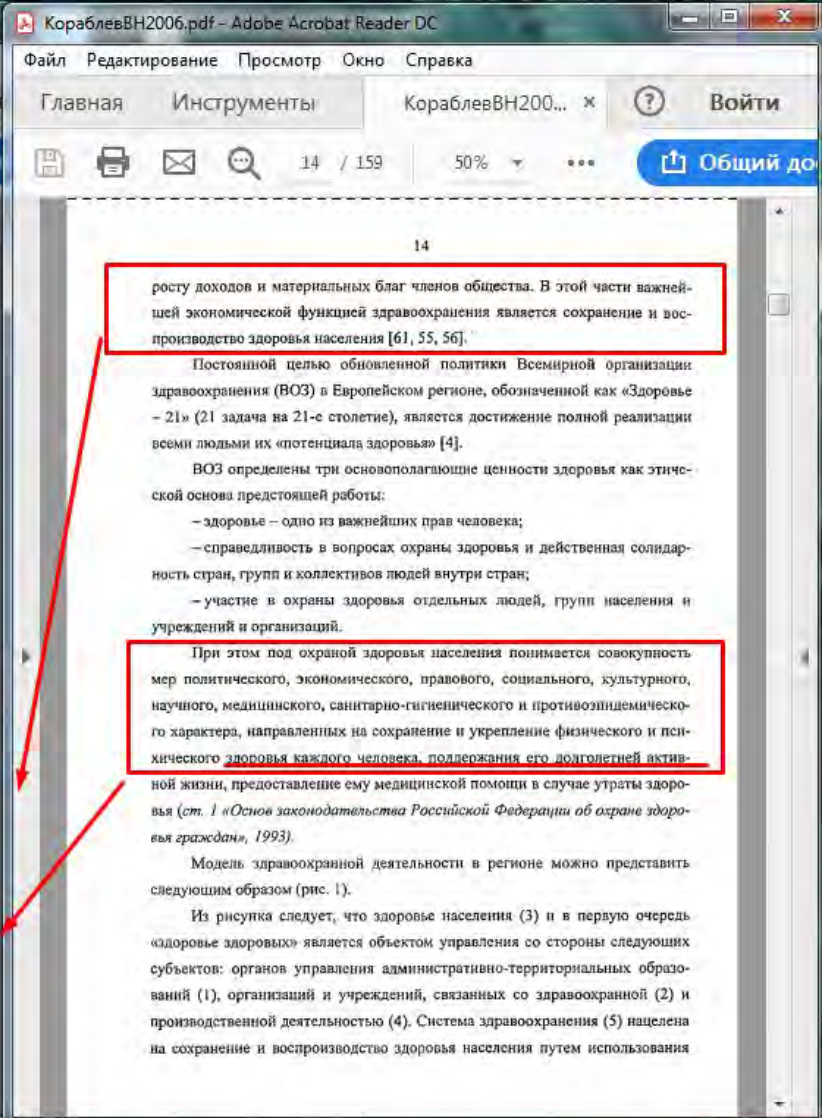
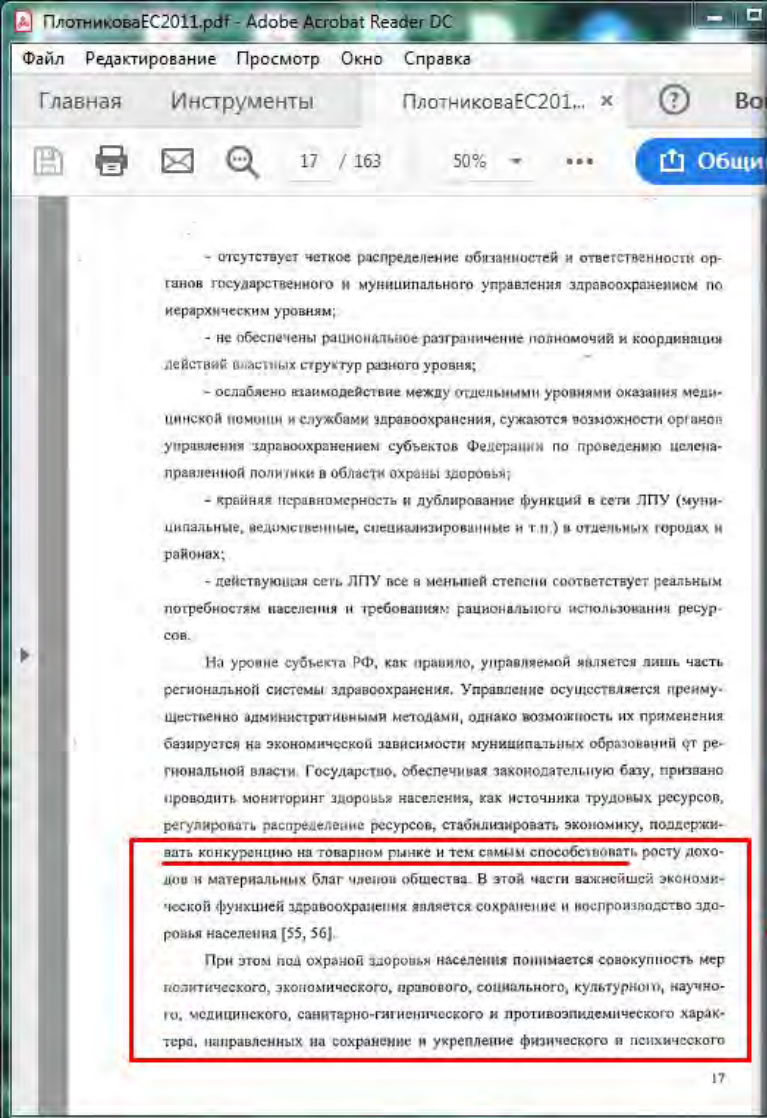
И, наоборот, востребованность человека в семье, обществе, на производстве формирует его экономическое поведение.

Следовательно, здоровье как экономическое благо формируется и развивается при наличии на него потребительского спроса в семье, обществе, на производстве; высоком качестве трудового потенциала индивида; способности приносить доход себе и обществу; целевом управлении трудовыми ресурсами, человеческим капиталом со стороны индивида, семьи и общества.

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.

По мнению К. Менгера «Забота об удовлетворении потребности имеет то же значение, что и забота о нашей жизни и нашем благосостоянии; она является самым важным из всех стремлений человека, как предположение и основа всех остальных» [80]. Он же отмечает: «Наши потребности вытекают из влечений, последние же коренятся в нашей природе; неудовлетворение потребности ведет нашу природу к гибели, недостаточное удовлетворение – к разрушению ее, а удовлетворить потребности – значит жить и преуспевать».

В этих условиях 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



здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления 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: органом 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,

росту доходов и материальных благ членов общества. В этой части важнейшей экономической функцией здравоохранения является сохранение и воспроизводство здоровья населения [61, 55, 56].

Постоянной целью обновленной политики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Европейском регионе, обозначенной как «Здоровье – 21» (21 задача на 21-е столетие), является достижение полной реализации всеми людьми их «потенциала здоровья» [4].

ВОЗ определены три основополагающие ценности здоровья как этической основы предстоящей работы:

- здоровье – одно из важнейших прав человека;
- справедливость в вопросах охраны здоровья и действенная солидарность стран, групп и коллективов людей внутри стран;
- участие в охраны здоровья отдельных людей, групп населения и учреждений и организаций.

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, предоставления ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (ст. 1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 1993).

Модель здравоохранительной деятельности в регионе можно представить следующим образом (рис. 1).

Из рисунка следует, что здоровье населения (3) и в первую очередь «здоровье здоровых» является объектом управления со стороны следующих субъектов: органов управления административно-территориальных образований (1), организаций и учреждений, связанных со здравоохранением (2) и производственной деятельностью (4). Система здравоохранения (5) нацелена на сохранение и воспроизводство здоровья населения путем использования

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,

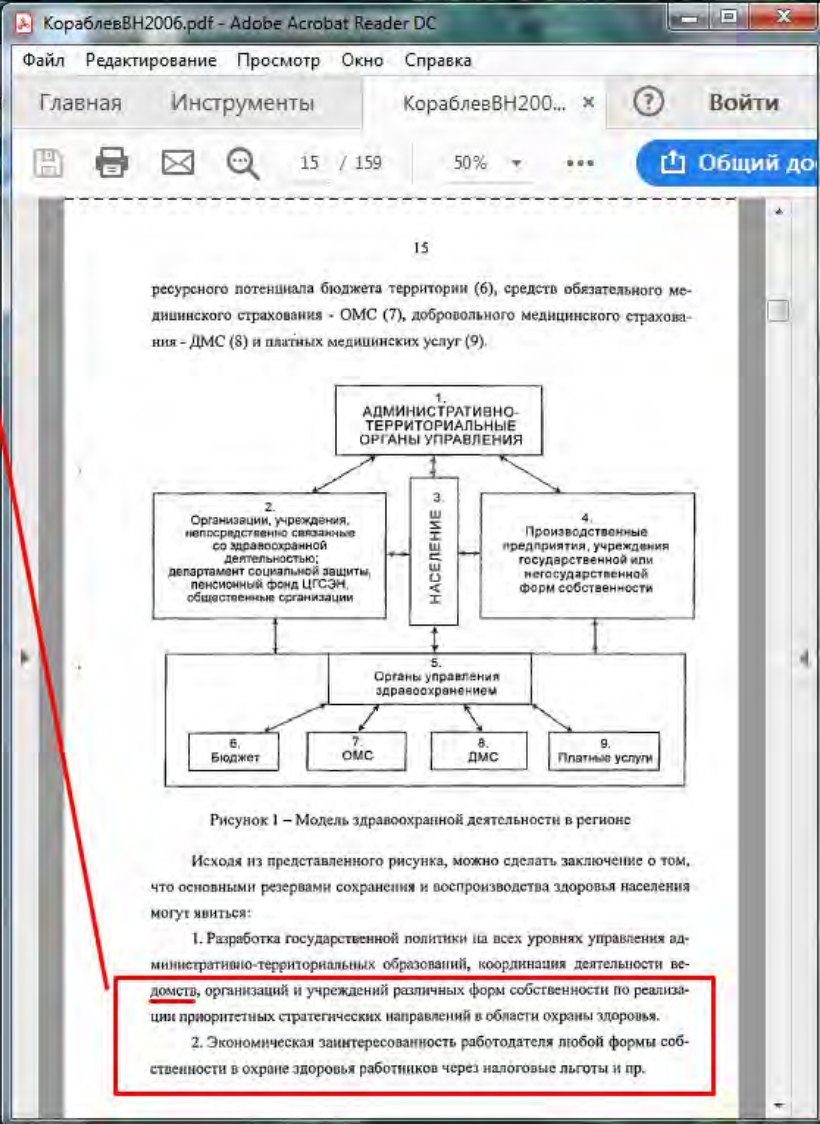
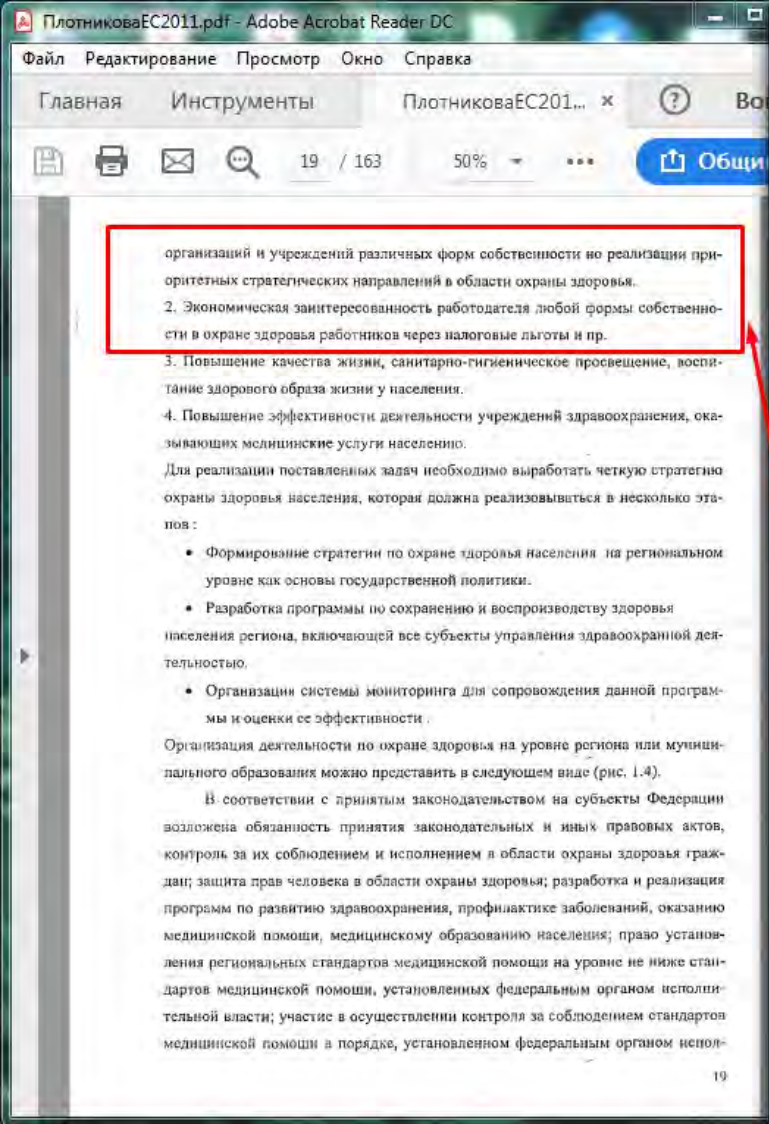
ресурсного потенциала бюджета территории (6), средств обязательного медицинского страхования - ОМС (7), добровольного медицинского страхования - ДМС (8) и платных медицинских услуг (9).



Рисунок 1 – Модель здравоохранительной деятельности в регионе

Исходя из представленного рисунка, 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.



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-

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 (рис. 1):

1. Формирование доктрины в области охраны здоровья на региональном уровне (1) как основы государственной политики.
2. Определение на научной основе миссии и «дерева» целей здравоохранительной системы региона, включающей подцели органов управления административно-территориальных образований, организаций и учреждений, связанных со здравоохранением и производственной деятельностью и непосредственно системы здравоохранения (3,4,5).

3. Разработка программы по сохранению и воспроизводству здоровья населения региона, включающей все субъекты управления здравоохранительной деятельностью территории (1).

4. Организация системы мониторинга для сопровождения данной программы и оценки ее эффективности (1).

Организация здравоохранительной деятельности на уровне региона или муниципального образования можно представить в виде рис. 2.

На уровне субъекта Федерации выделяют два уровня управления – региональный и муниципальный. Статьи 6–8 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также федеральные законы от 04.07.03 г. № 95-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», от 06.10.03 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», от 28.08.04 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации ...» определяют компетенцию субъектов управления (респуб-

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).

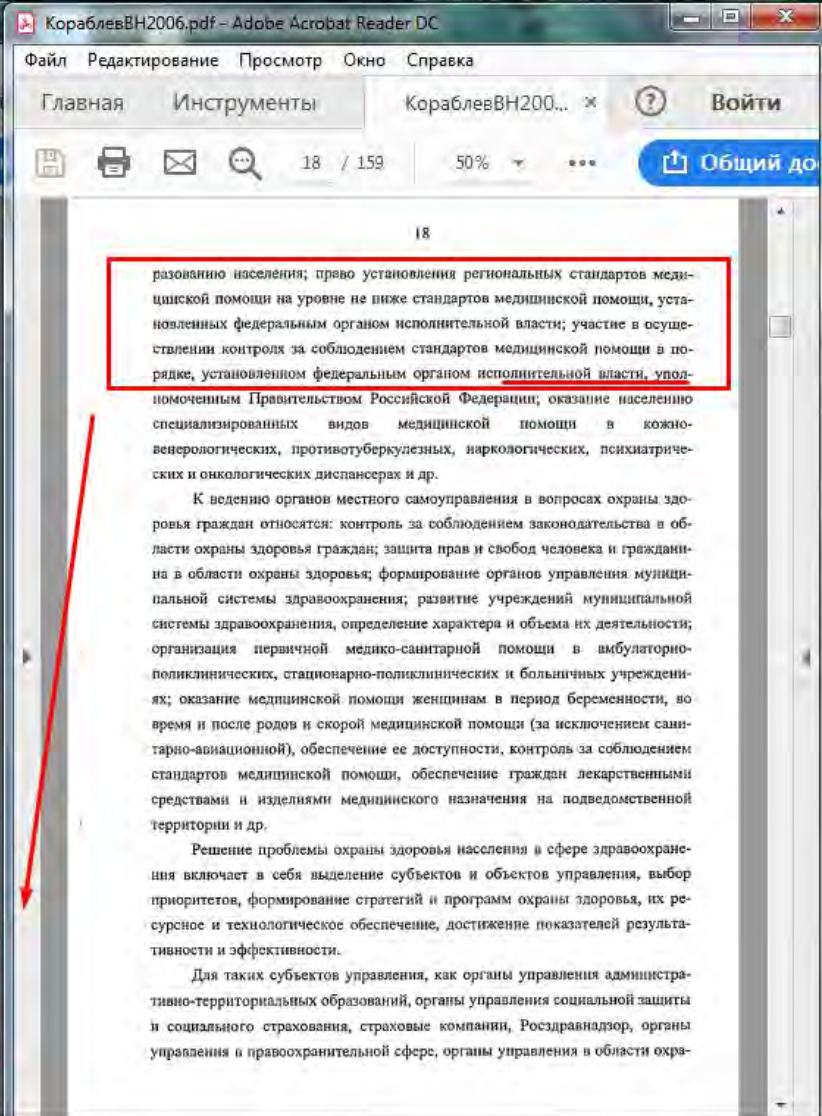
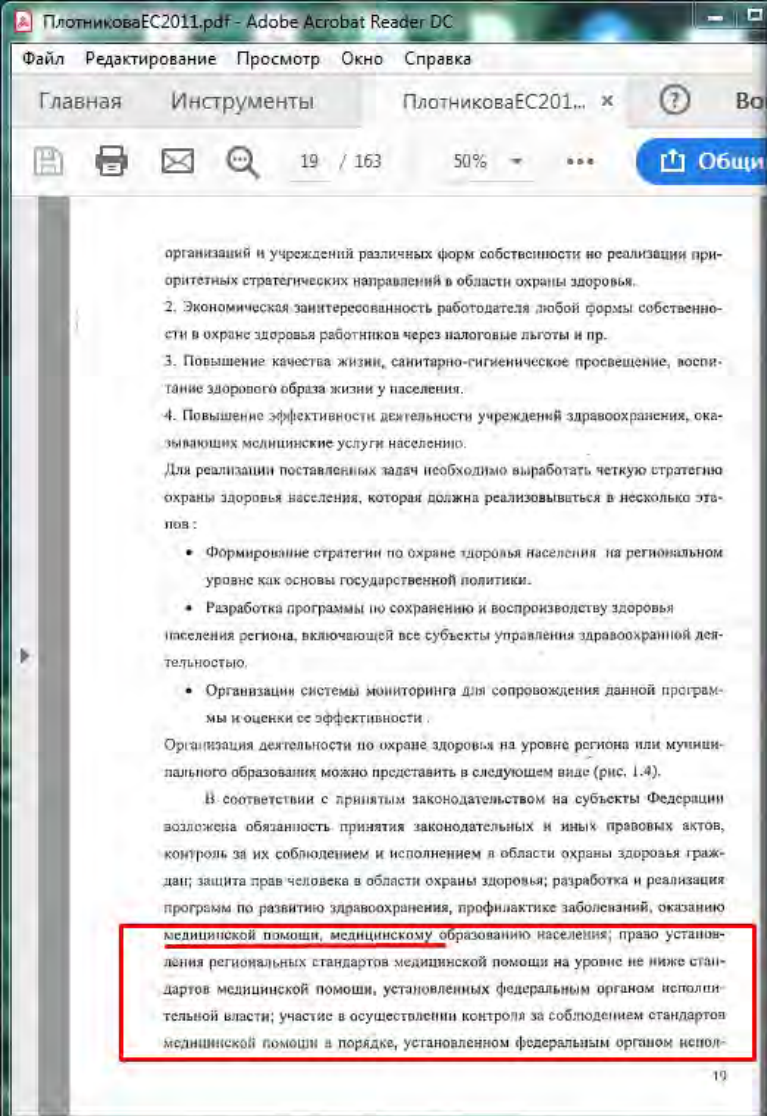
В соответствии с принятым законодательством на субъекты Федерации возложена обязанность принятия законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением в области охраны здоровья граждан; защита прав человека в области охраны здоровья; разработка и реализация программ по развитию 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-

лики в составе РФ, автономные области, автономные округа, края, области, органы местного самоуправления) в вопросах охраны здоровья граждан.



Рисунок 2 – Организация здравоохранительной деятельности на уровне региона или муниципального образования

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 и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья; разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому об-



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

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

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся: контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан; защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; организация первичной, фельдшерско-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 в 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 охра

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-

лики в составе РФ, автономные области, автономные округа, края, области, органы местного самоуправления) в вопросах охраны здоровья граждан.

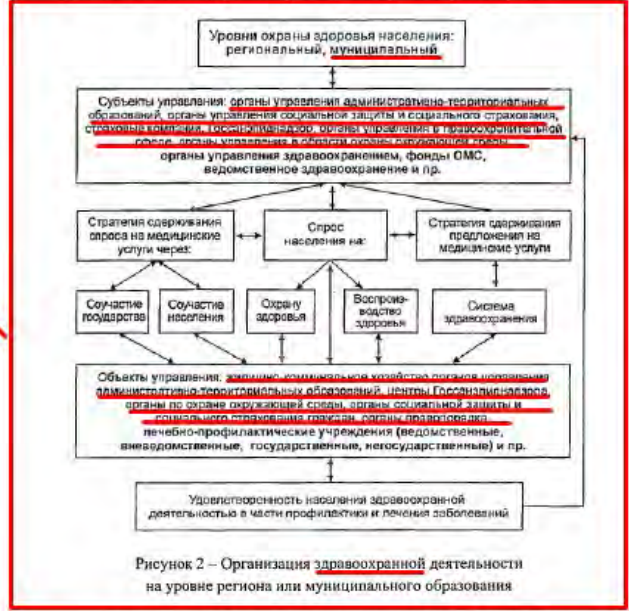


Рисунок 2 – Организация здравоохранительной деятельности на уровне региона или муниципального образования

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 и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья; разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому об-

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

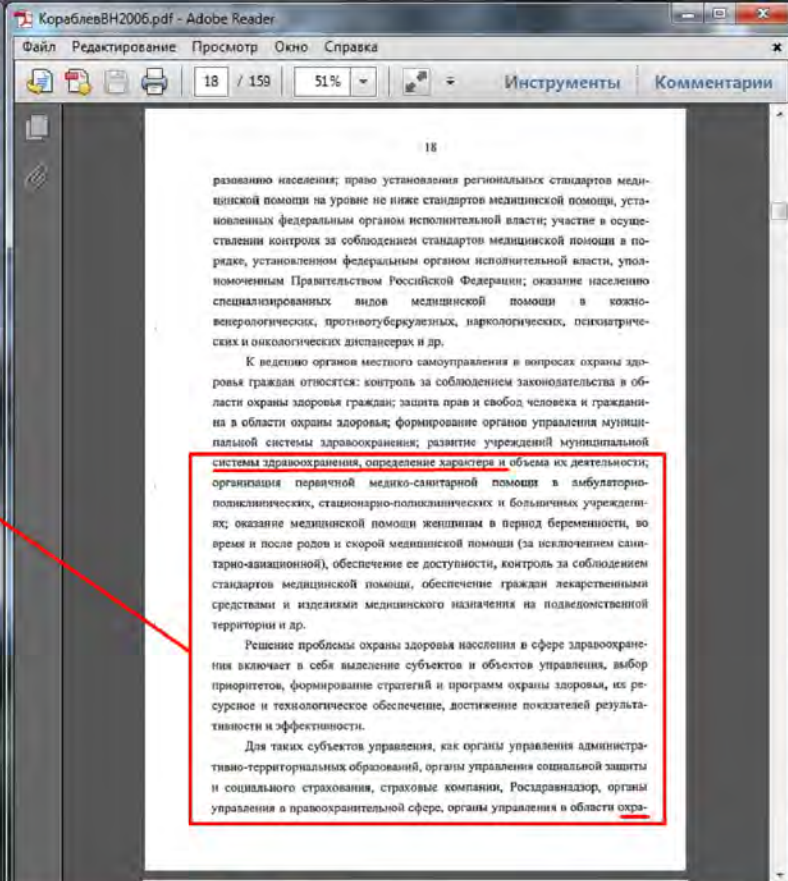
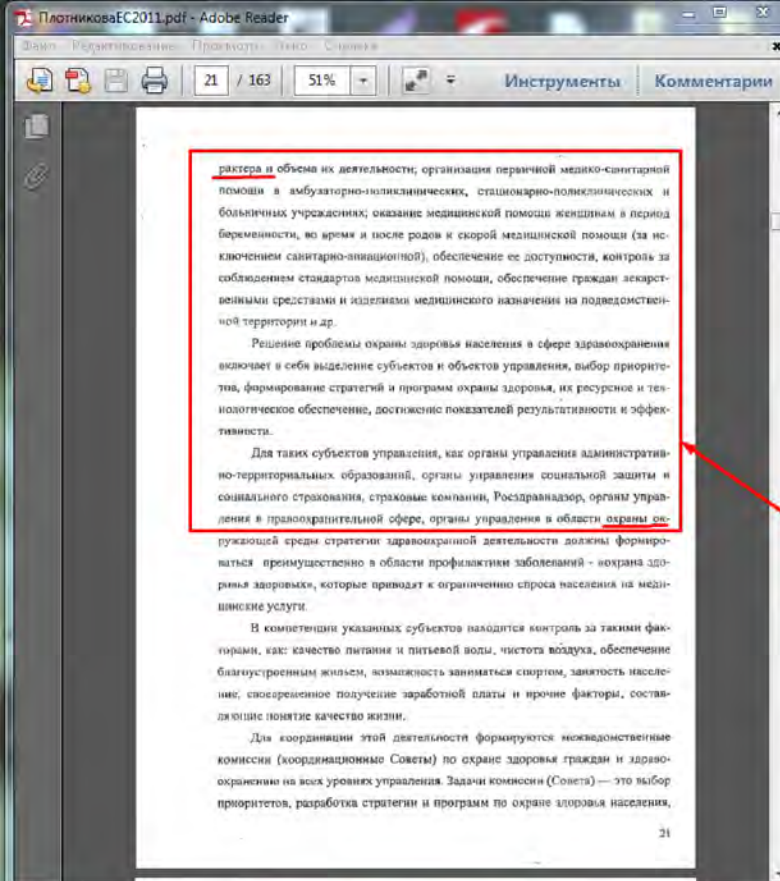
К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся: контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан; защита прав человека в области охраны здоровья; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений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

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

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



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 здравоохранительной 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 населения, 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 стратегий и программ по охране здоровья населения,

ны окружающей среды стратегии здравоохранительной деятельности должны формироваться преимущественно в области профилактики заболеваний - «охрана здоровья здоровых», которые приводят к ограничению спроса населения на медицинские услуги.

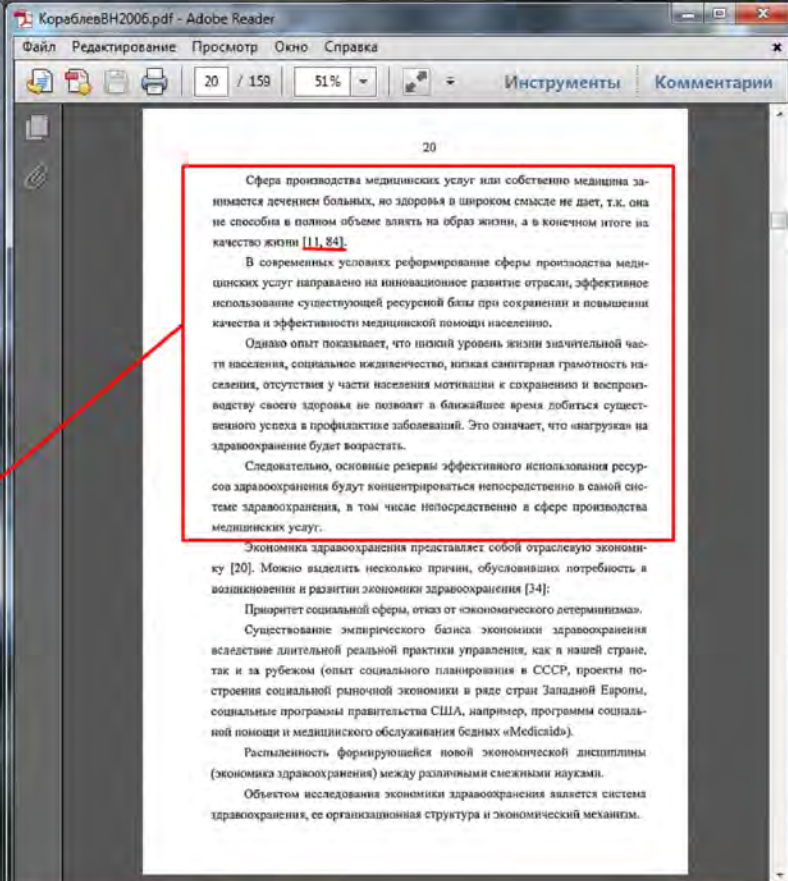
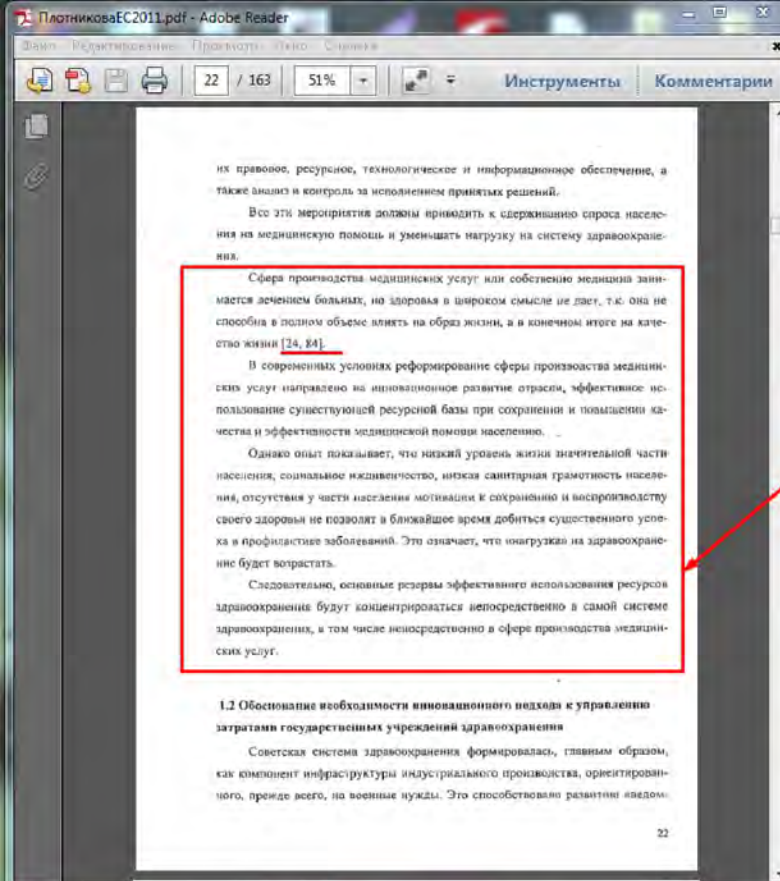
В компетенции указанных субъектов находится контроль за такими факторами, как: качество питания и питьевой воды, чистота воздуха, обеспечение благоустроенным жильем, возможность заниматься спортом, занятость населения, своевременное получение заработной платы и прочие факторы, составляющие понятие качество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

В этой части необходим консолидированный комплексный межведомственный подход по охране здоровья населения и повышению качества жизни в области профилактики заболеваний. Здесь решение части проблем берет на себя государство, например, страхование здоровья, пропаганду здорового образа жизни, профилактику курения, избыточного веса, здоровое питание и водопотребление, экологическую безопасность, вакцинопрофилактику, борьбу с наркоманией, алкоголизмом, преступностью и пр.

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 стратегий и программ по охране здоровья населения, их правовое, ресурсное, технологическое и информационное обеспечение, а также анализ и контроль за исполнением принятых решений.

Решение части вопросов берет на себя сообщество или индивид: привитие и закрепление навыков, умений и жизненных стереотипов, охватывающих рациональную организацию труда и отдыха, досуга, питания, физическая активность, личная гигиена, формирование здоровой семьи, профилактика вредных привычек, экологическое мышление, т.е. снижение и нивелирование факторов риска (из материалов рецензии Коллегии министерства здравоохранения РФ от 20.03.2002 г., протокол № 6).

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



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, подушные 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 составляла 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%.

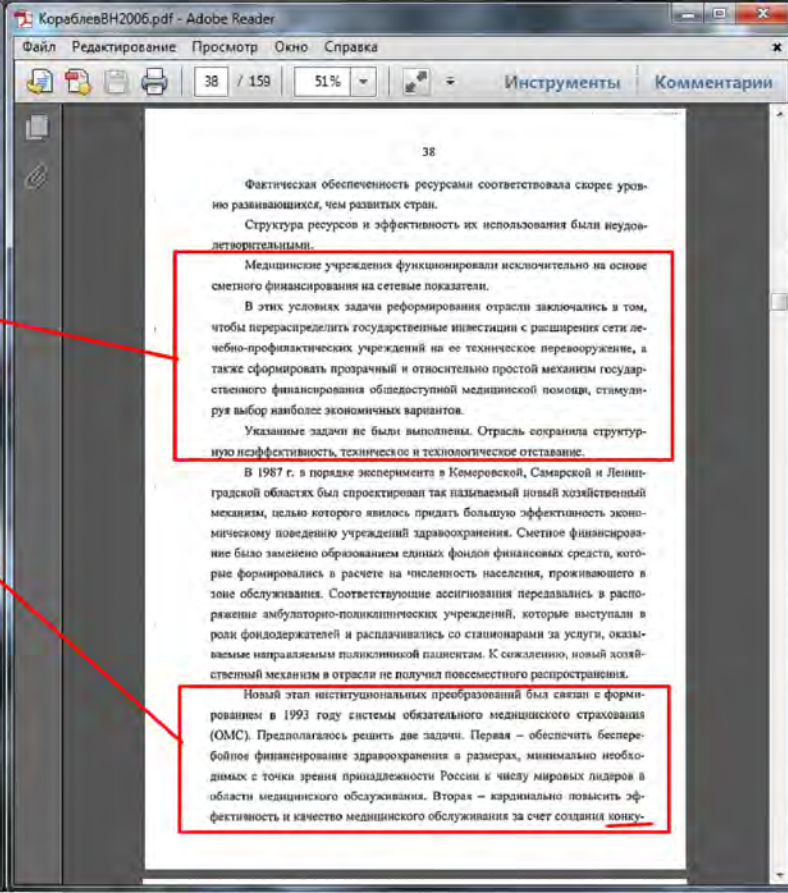
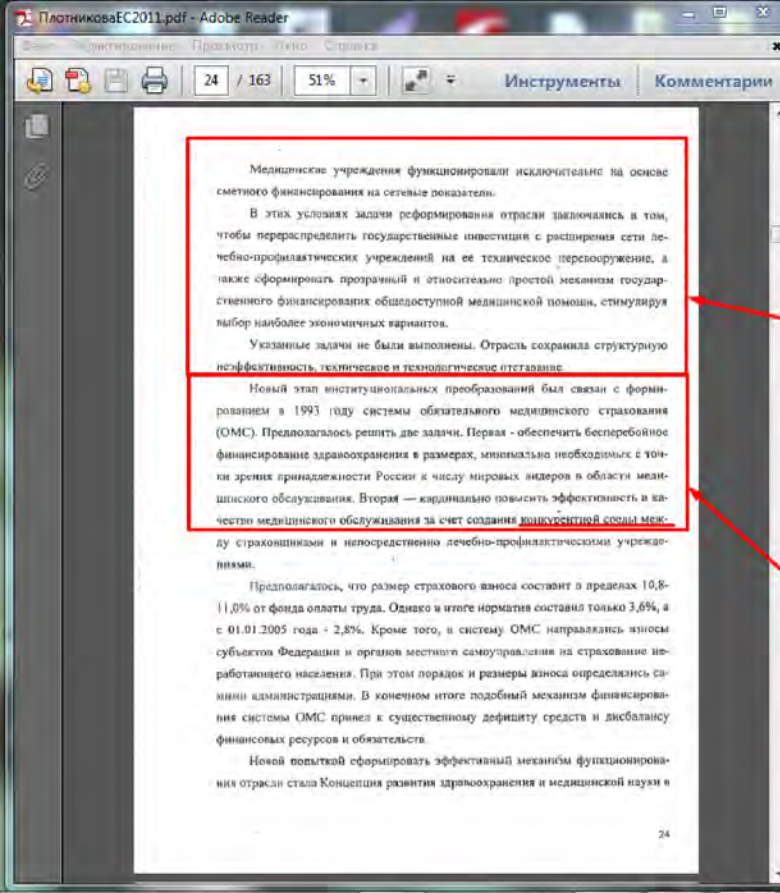
Фактическая обеспеченность ресурсами соответствовала скорее уровню развивающихся, чем развитых стран.

Структура ресурсов и эффективность их использования были неудовлетворительными.

важас, главным образом, как компонент инфраструктуры индустриального производства, ориентированного, прежде всего, на военные нужды. Это способствовало развитию «ведомственной» и «номенклатурной» медицины, на которые приходилось соответственно 20 и 30% бюджета здравоохранения страны.

Планирование здравоохранение 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, подушные 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 составляла 350 руб., а в США - 70 тыс. дол. Значительно худшим, чем в любой из стран Запада, было и остается 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 - 60-60%. По оценке В.П.Корчагина, потерн от неэффективной структуры медицинской помощи достигла 60% в объеме и уменьшила на 50% эффективность использования средств здравоохранения, в которой:



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

рентной среды между страховщиками и непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями.

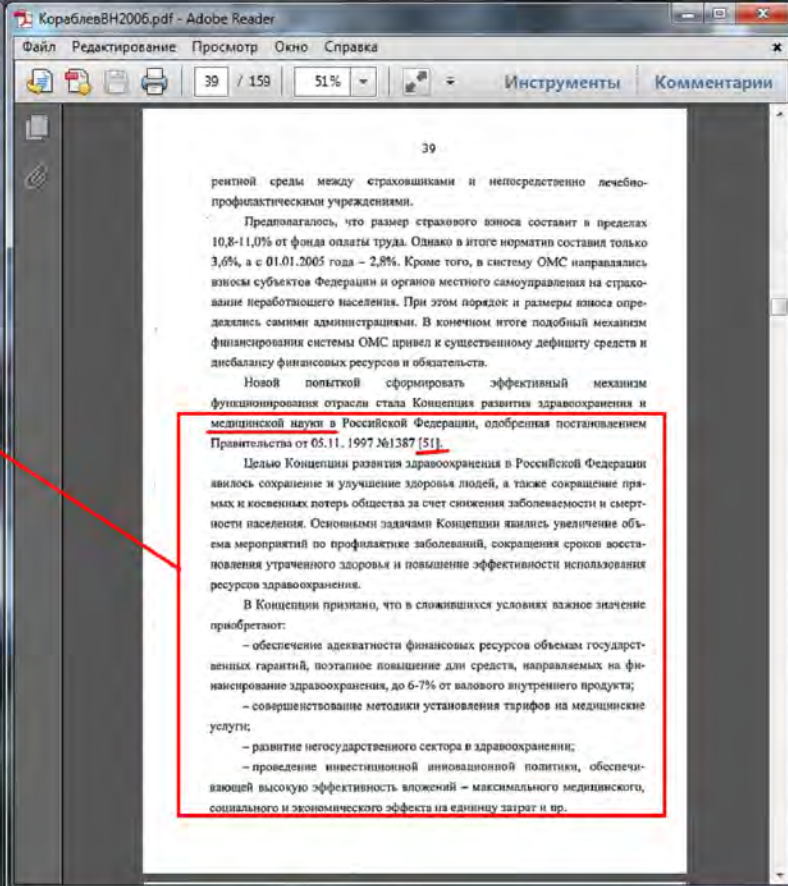
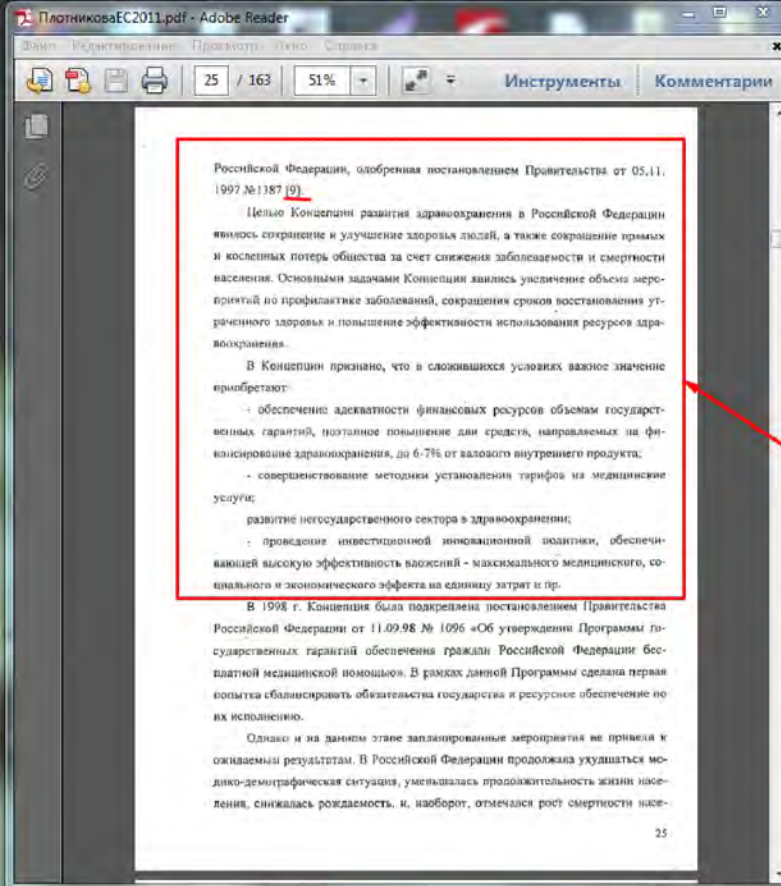
Предполагалось, что размер страхового взноса составит в пределах 10,8-11,0% от фонда оплаты труда. Однако в итоге норматив составил только 3,6%, а с 01.01.2005 года - 2,8%. Кроме того, в систему ОМС направлялись взносы субъектов Федерации и органов местного самоуправления на страхование неработающего 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.

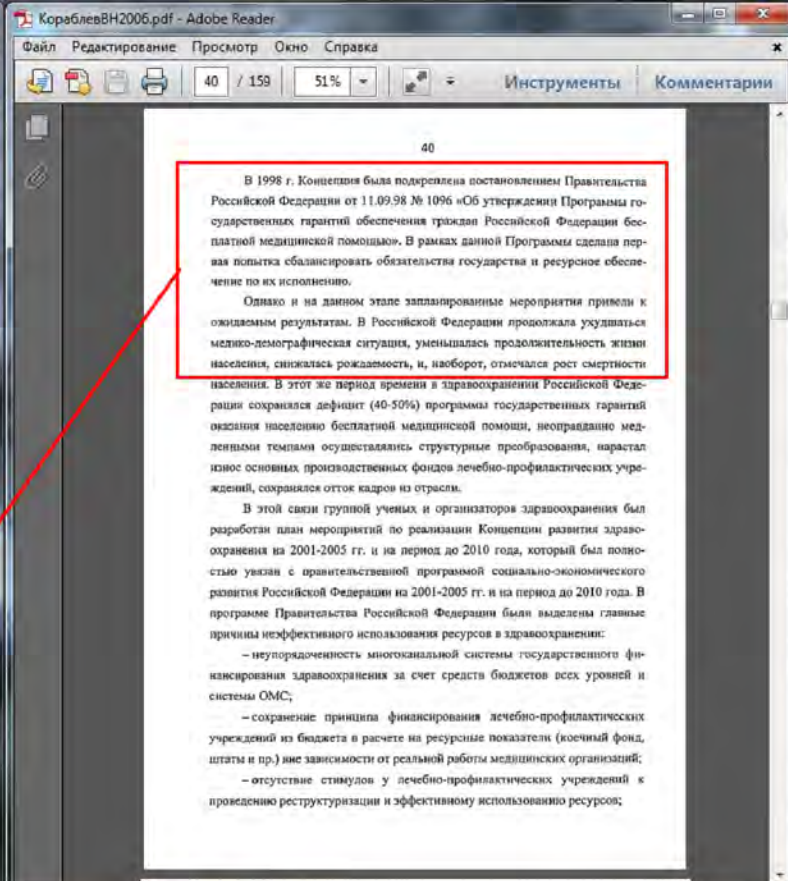
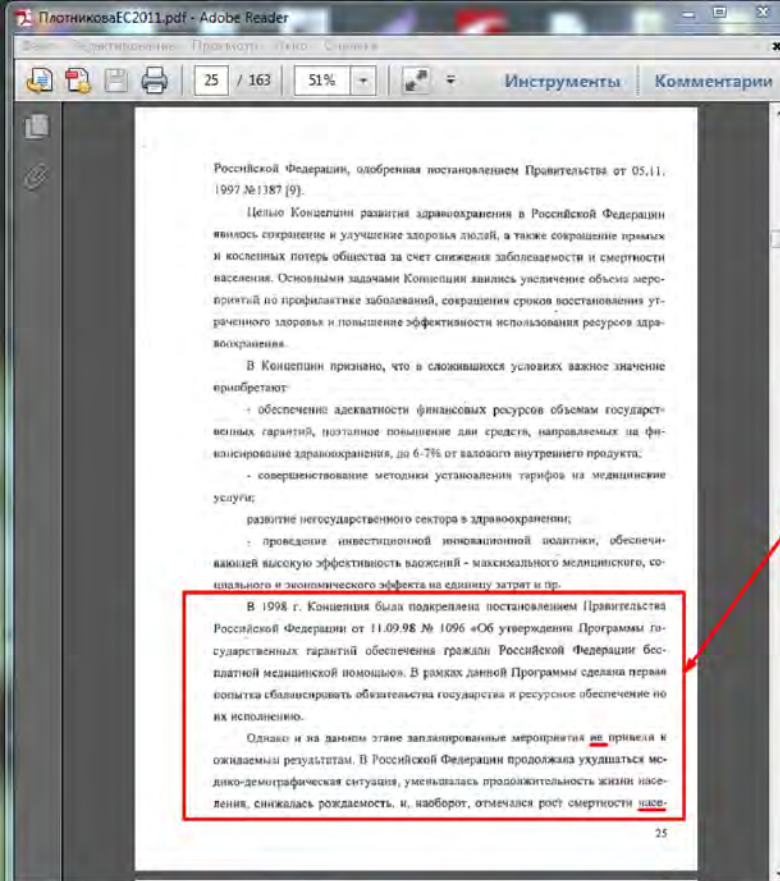
Новой попыткой сформировать эффективный механизм функционирования отрасли стала Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства от 05.11.1997 №1387 [51].

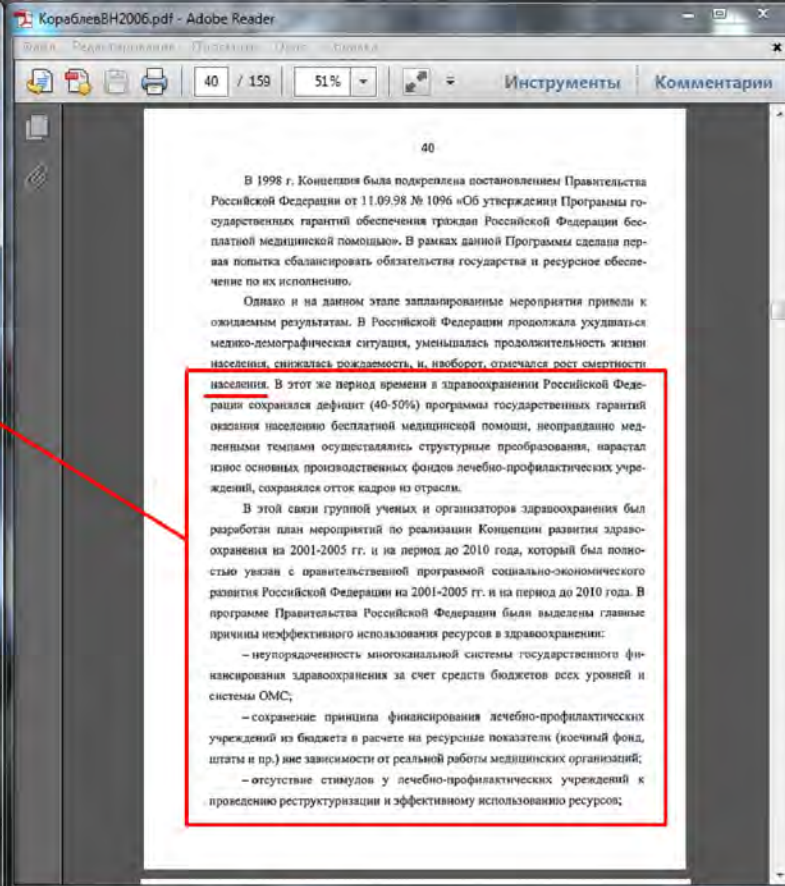
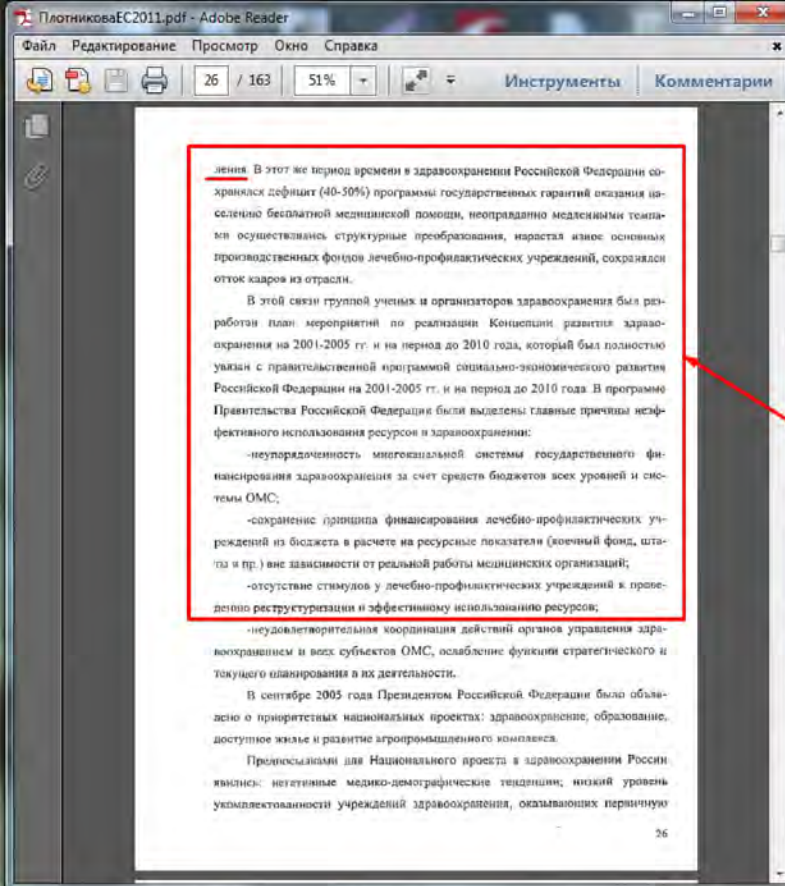
Целью Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации явилось сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Основными задачами Концепции явились увеличение объема мероприятий по профилактике 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 для 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.







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 многокапальной 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 (коэффициент, 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

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

В этой связи Центром стратегических разработок были выделены следующие основные направления реформирования здравоохранения [121]:

1. Обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства.
2. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения.
3. Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, расширение организационно-правовых форм медицинских организаций, развитие негосударственного сектора здравоохранения.
4. Изменение подходов к организации и оплате труда медицинских работников.
5. Реформирование системы финансирования здравоохранения, включающее: завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских организаций; переход на нормативный метод финансирования здравоохранения.

Для решения указанных задач необходимо принятие ряда законов Российской Федерации: «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об обязательном медицинском страховании» и «Об автономных учреждениях». Разработчики законопроектов считают, что их принятие позволит: конкретизировать государственные гарантии оказания населению бесплатной медицинской помощи; завершить перевод здравоохранения на страховые принципы; укрепить финансовую основу системы обязательного медицинского страхования; осуществить переход от принципа содержания учреждений здравоохранения на принципы финансирования бесплатной медицинской помощи по стандартам ее оказания; расширить организационно-правовые формы медицинских учреждений. Однако до настоящего времени указанные законопроекты не приняты.

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 (квочный 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.

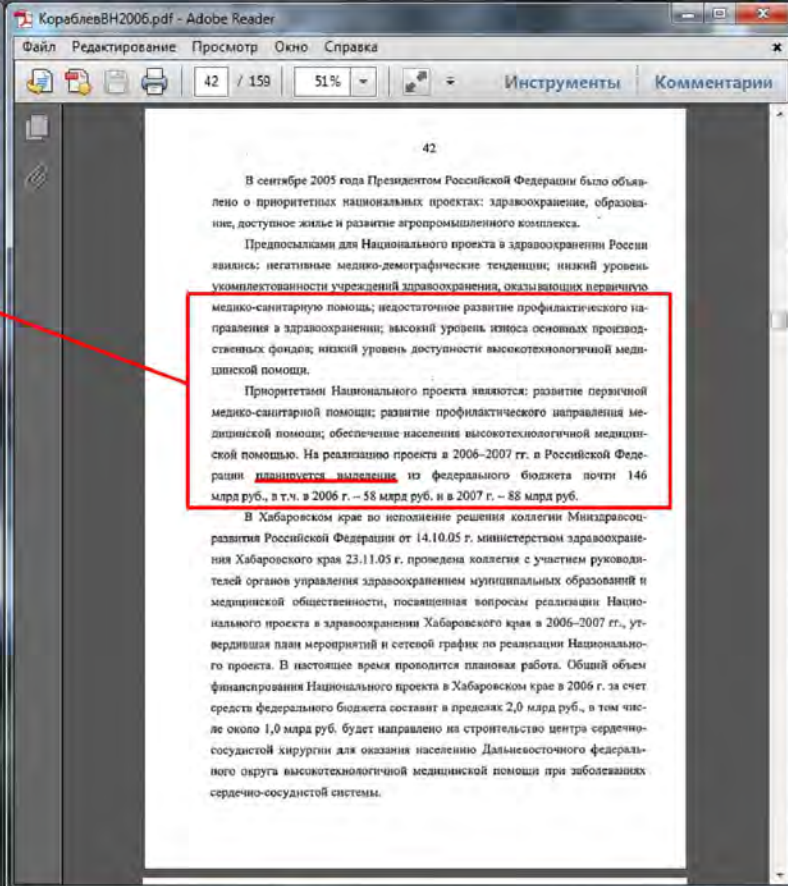
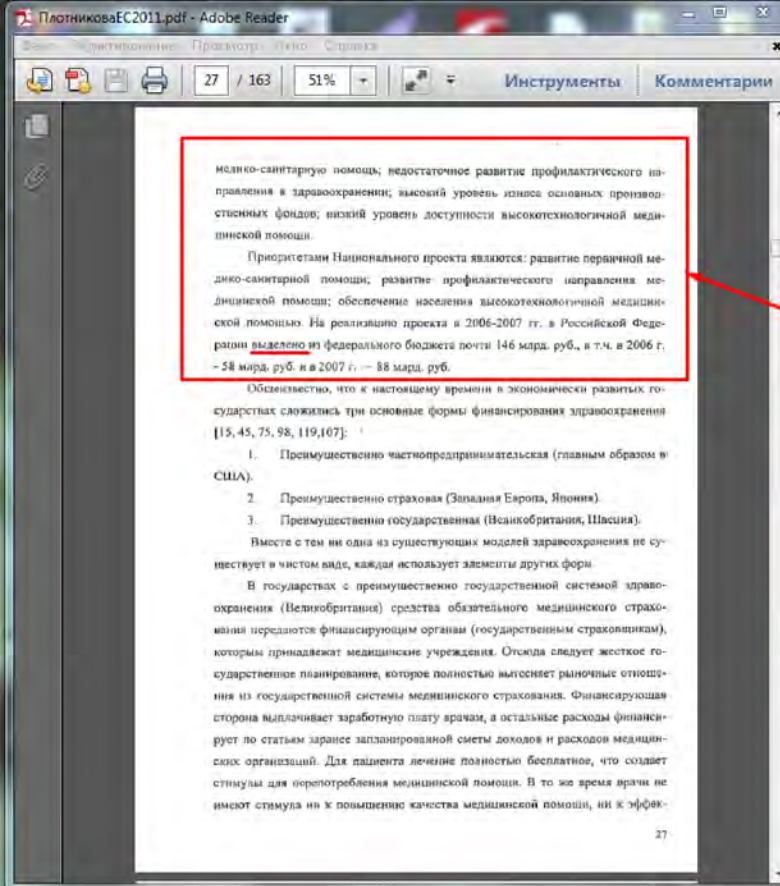
Предпосылками для Национального проекта в здравоохранении России явились: негативные медико-демографические тенденции; низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную

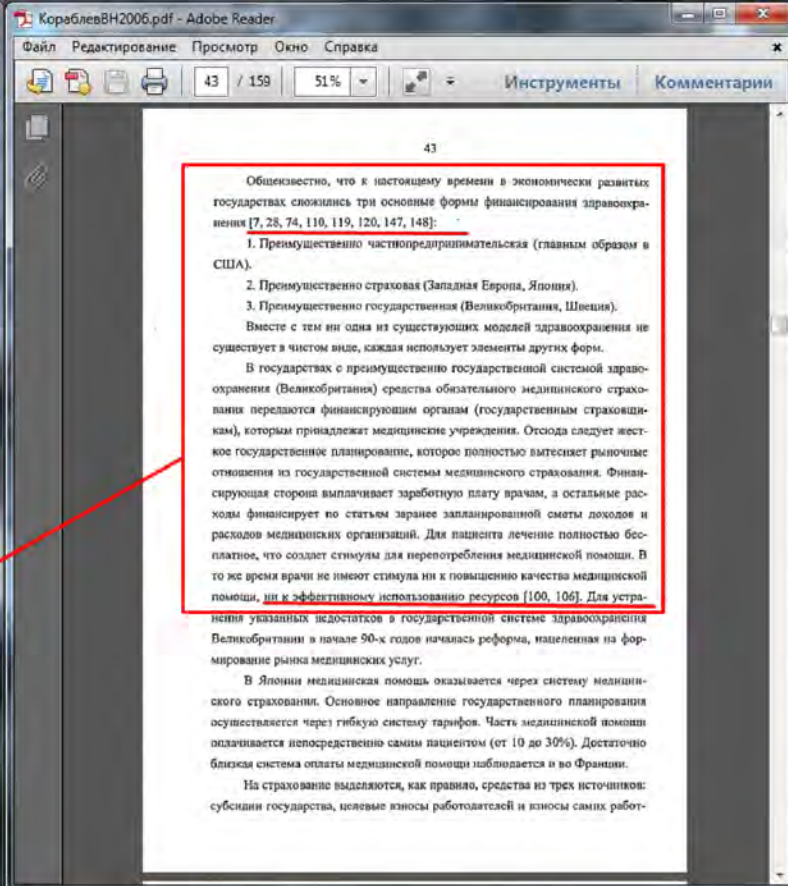
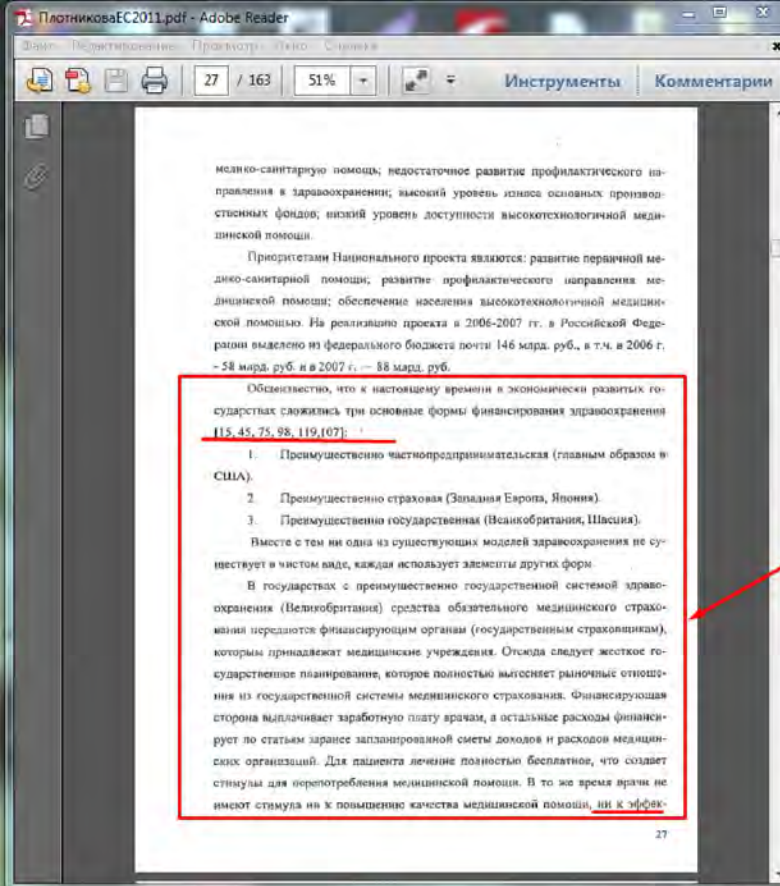
В сентябре 2005 года Президентом Российской Федерации было объявлено о приоритетных национальных проектах: здравоохранение, образование, доступное жилье и развитие агропромышленного комплекса.

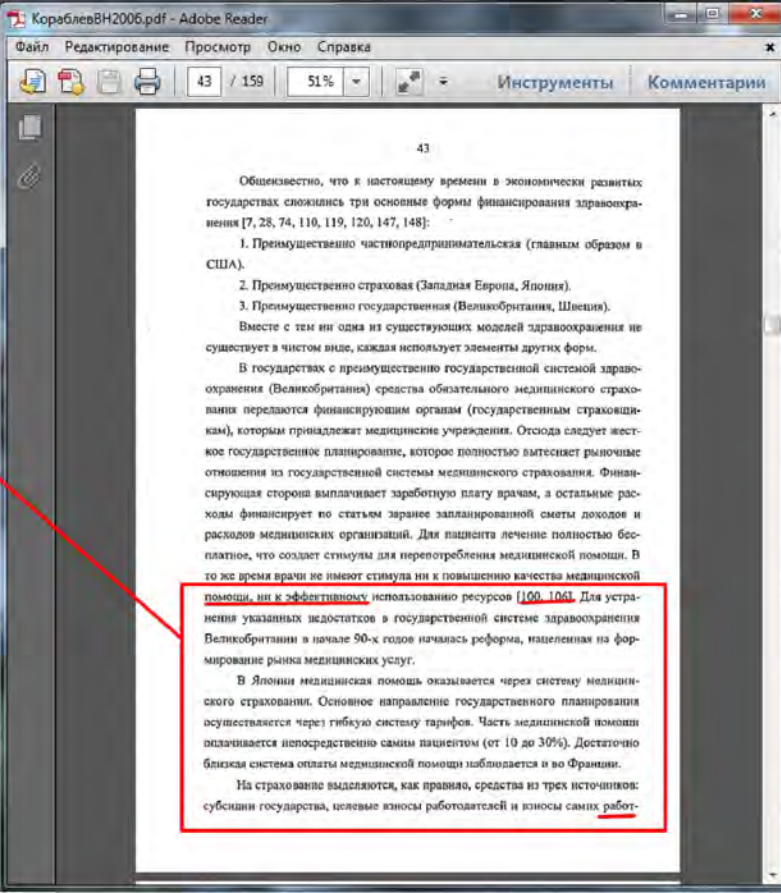
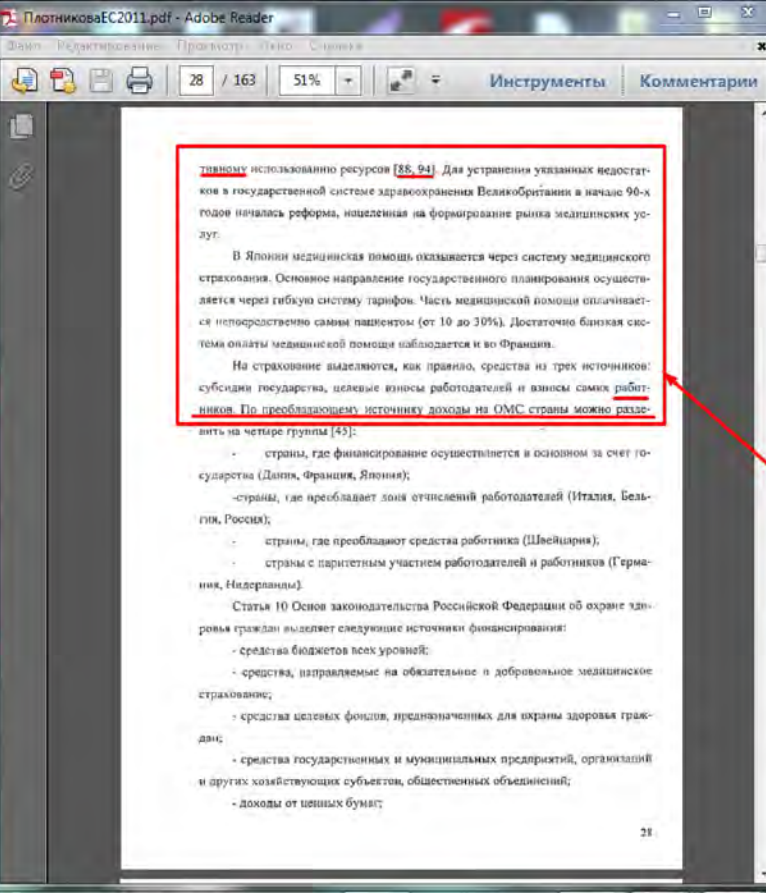
Предпосылками для Национального проекта в здравоохранении России явились: негативные медико-демографические тенденции; низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, недостаточное развитие профилактического направления в здравоохранении; высокий уровень износа основных производственных фондов; низкий уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

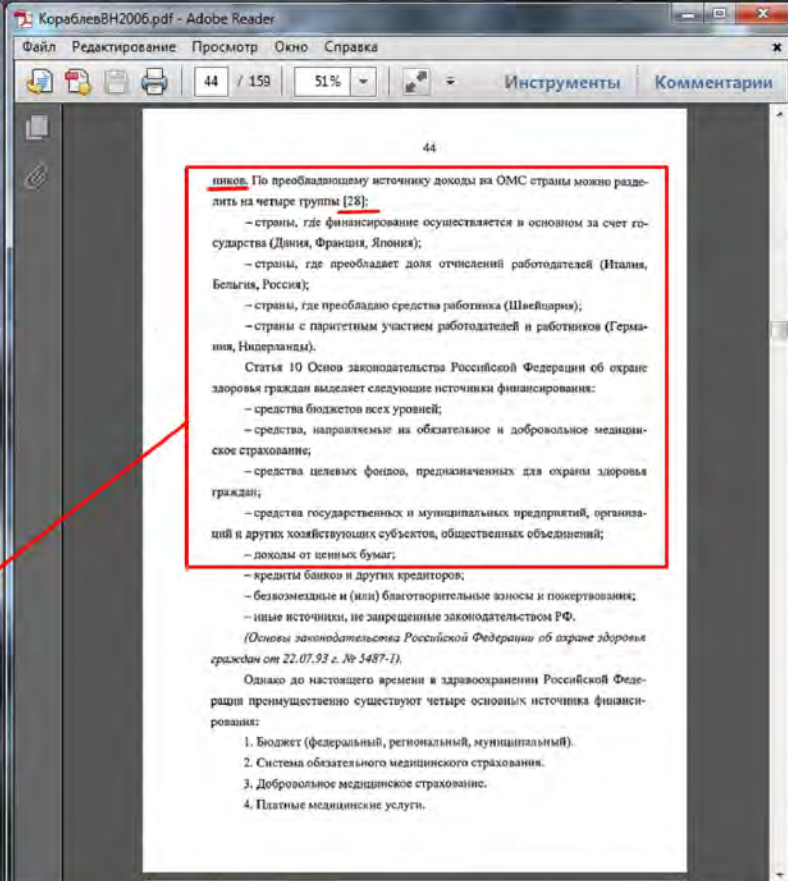
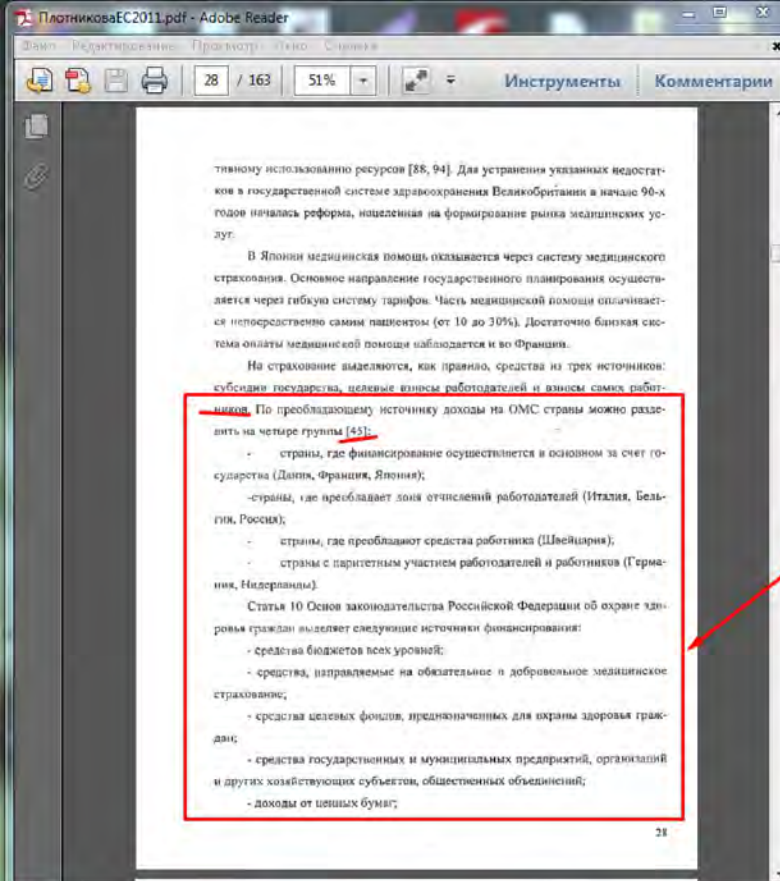
Приоритетами Национального проекта являются: развитие первичной медико-санитарной помощи; развитие профилактического направления медицинской помощи; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. На реализацию проекта в 2006-2007 гг. в Российской Федерации планируется выделение из федерального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

В Хабаровском крае во исполнение решения коллегии Минздравсоцразвития Российской Федерации от 14.10.05 г. министерством здравоохранения Хабаровского края 23.11.05 г. проведена коллегия с участием руководителей органов управления здравоохранением муниципальных образований и медицинской общественности, посвященная вопросам реализации Национального проекта в здравоохранении Хабаровского края в 2006-2007 гг., утвердившая план мероприятий и сетевой график по реализации Национального проекта. В настоящее время проводится плановая работа. Общий объем финансирования Национального проекта в Хабаровском крае в 2006 г. за счет средств федерального бюджета составит в пределах 2,0 млрд руб., в том числе около 1,0 млрд руб. будет направлено на строительство центра сердечно-сосудистой хирургии для оказания населению Дальневосточного федерального округа высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.









- 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, в также сети учреждений здравоохранения, в первую очередь за счет увеличения дорогостоящих услуг. Это ведет к наращиванию

ников. По преобладающему источнику доходы на ОМС страны можно разделить на четыре группы [28]:

- 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:

1. Бюджет (федеральный, региональный, муниципальный).
2. Система обязательного медицинского страхования.
3. Добровольное медицинское страхование.
4. Платные медицинские услуги.

- 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

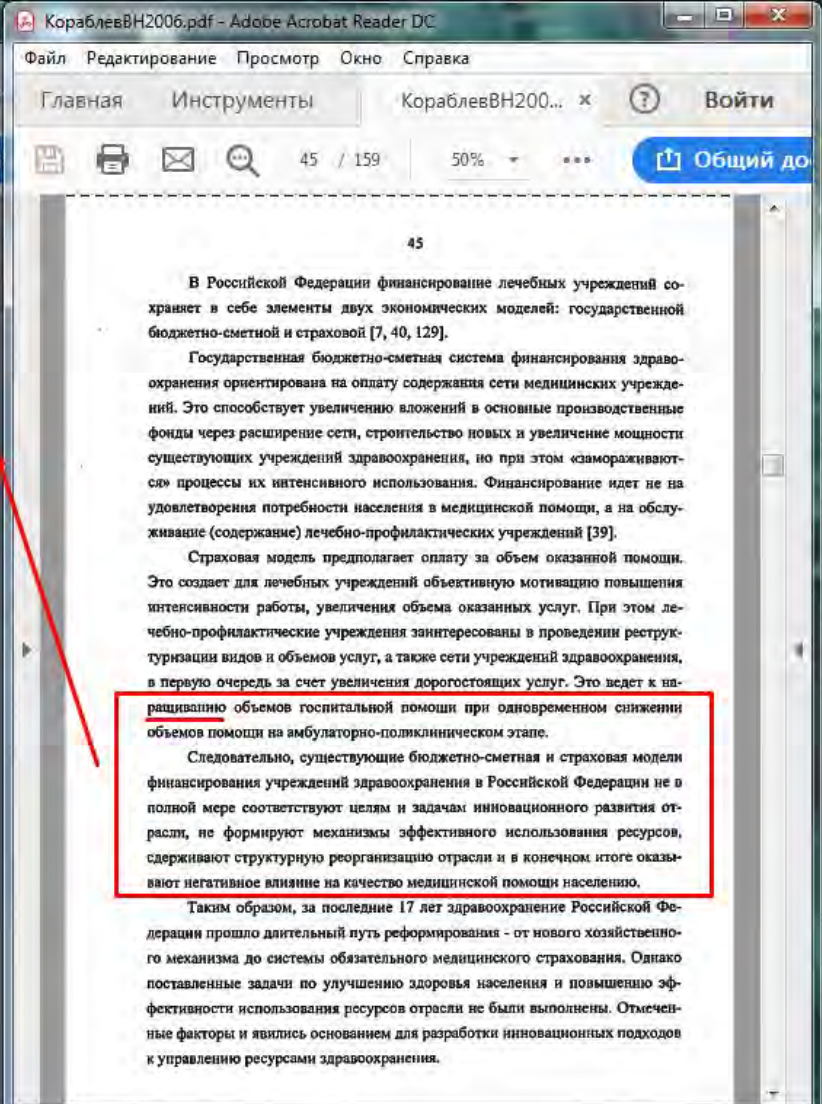
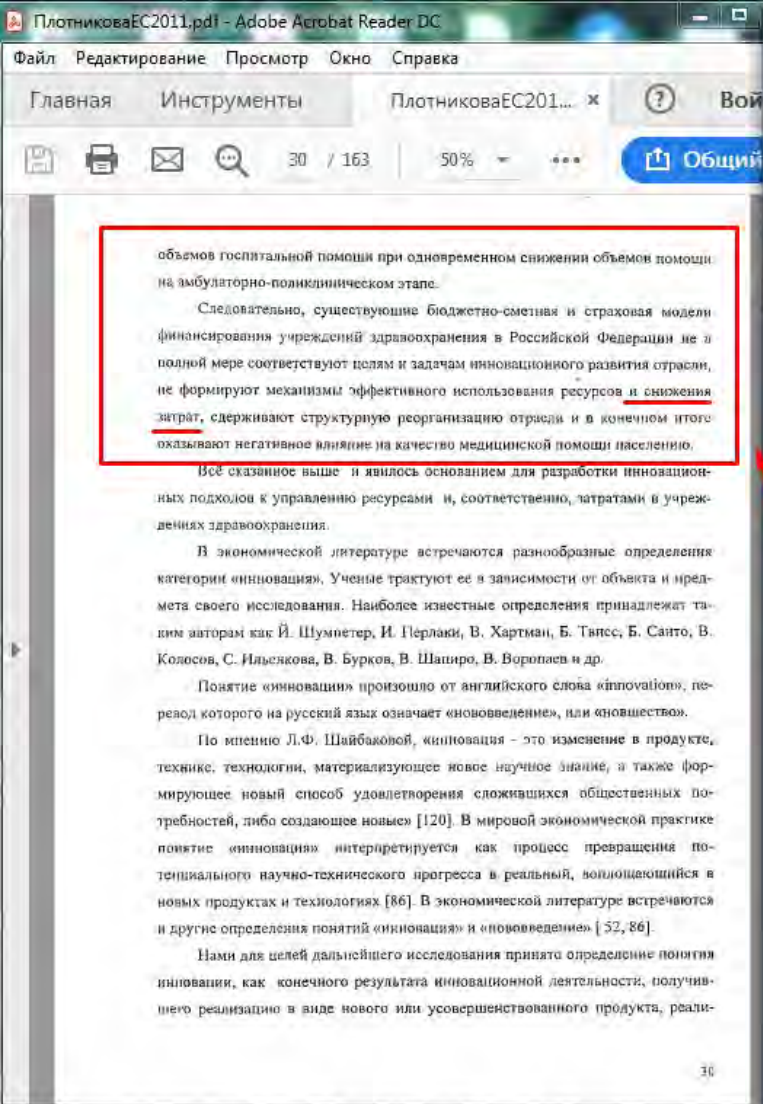
В Российской Федерации финансирование лечебных учреждений сохраняет в себе элементы двух экономических моделей: государственной бюджетно-сметной и страховой [7, 40, 129].

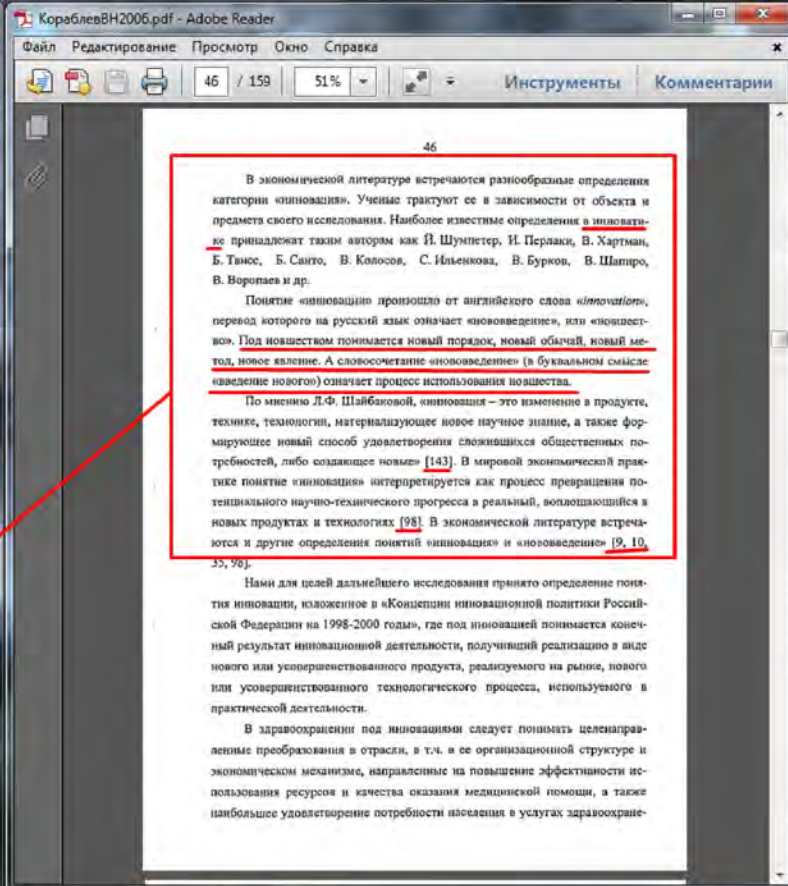
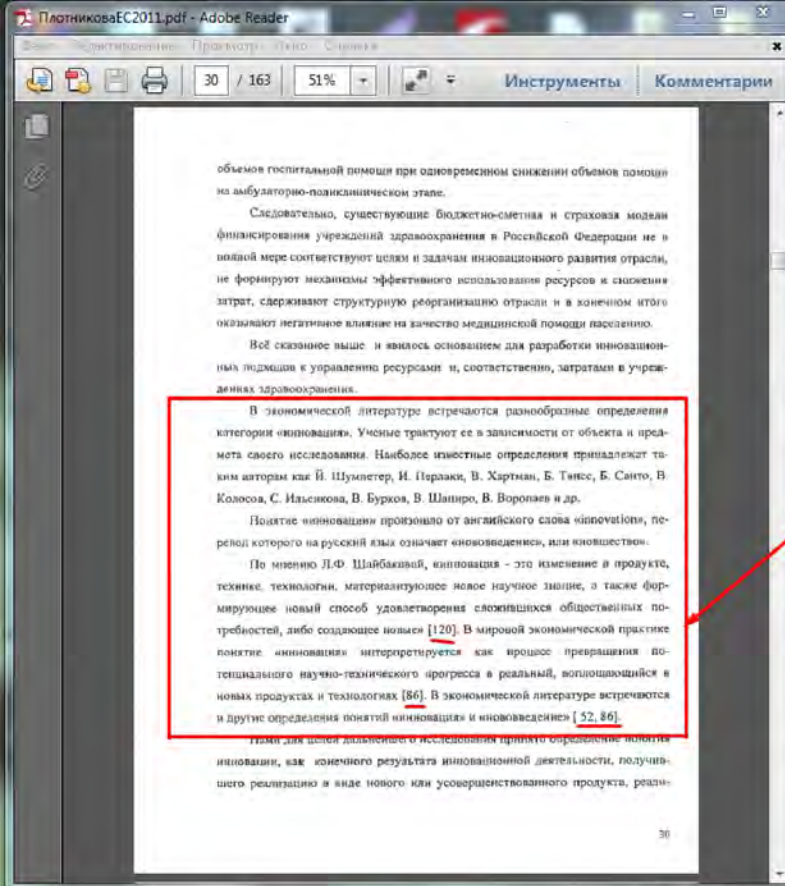
Государственная бюджетно-сметная система финансирования здравоохранения ориентирована на оплату содержания сети медицинских учреждений. Это способствует увеличению вложений в основные производственные фонды через расширение сети, строительство новых и увеличение мощности существующих учреждений здравоохранения, 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 [39].

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, сдерживают структурную реорганизацию отрасли и в конечном итоге оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи населению.

Таким образом, за последние 17 лет здравоохранение Российской Федерации прошло длительный путь реформирования - от нового хозяйственного механизма до системы обязательного медицинского страхования. Однако поставленные задачи по улучшению здоровья населения и повышению эффективности использования ресурсов отрасли не были выполнены. Отмеченные факторы и выступили основанием для разработки инновационных подходов к управлению ресурсами здравоохранения.





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 вытекает 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-

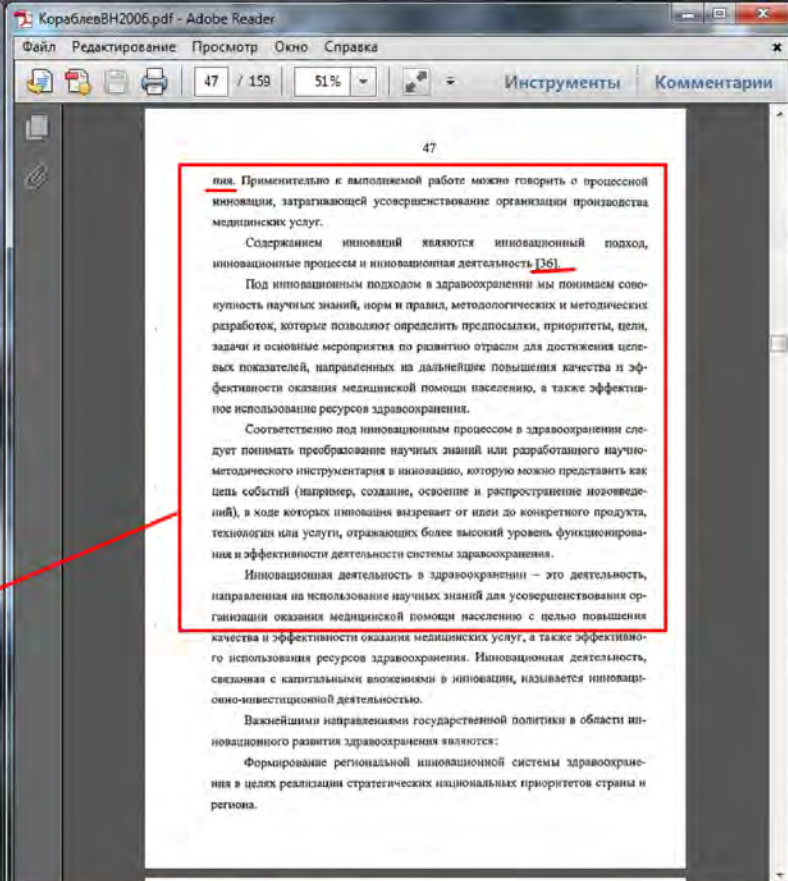
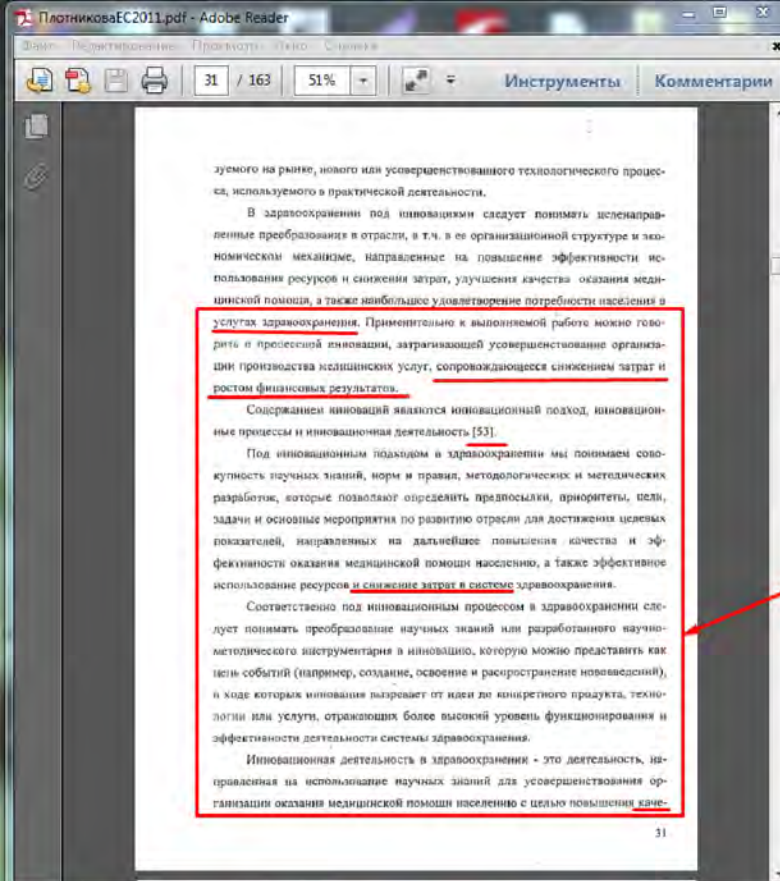
В экономической литературе встречаются разнообразные определения категории «инновация». Ученые трактуют ее в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Наиболее известные определения в инноватике принадлежат таким авторам как Й. Шумпетер, И. Перлаки, В. Хартман, Б. Твисс, Б. Санто, В. Колосов,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

Понятие «инновации» произошло от английского слова *«innovations»*, перевод которого на русский язык означает «нововведение», или «новшество». Под новшеством понимается новый порядок, новый обычай, новый метод, новое явление. А словосочетание «нововведение» (в буквальном смысле «ведение нового») означает процесс использования новшества.

По мнению Л.Ф. Шайбаховой, «инновация – это изменение в продукте, технике, технологии, материализующее новое научное знание, а также формирующее новый способ удовлетворения сложившихся общественных потребностей, либо создающее новые» [143]. В мировой экономической практике понятие «инновация» интерпретируется как процесс превращения потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях [98]. В экономической литературе встречаются и другие определения понятий «инновация» и «нововведение» [9, 10, 35, 98].

Нами для целей дальнейшего исследования принято определение понятия инновации, изложенное в «Концепции инновационной политики Российской Федерации на 1998-2000 годы», где под инновацией понимается конечный результат инновационной деятельности, получивший реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта, реализуемого 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 качества оказания медицинской помощи, а также наибольшее удовлетворение потребности населения в услугах здравоохра-



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;

ния. Применительно к выполняемой работе можно говорить о процессной инновации, затрагивающей усовершенствование организации производства медицинских услуг.

Содержанием инноваций являются инновационный подход, инновационные процессы и инновационная деятельность [36].

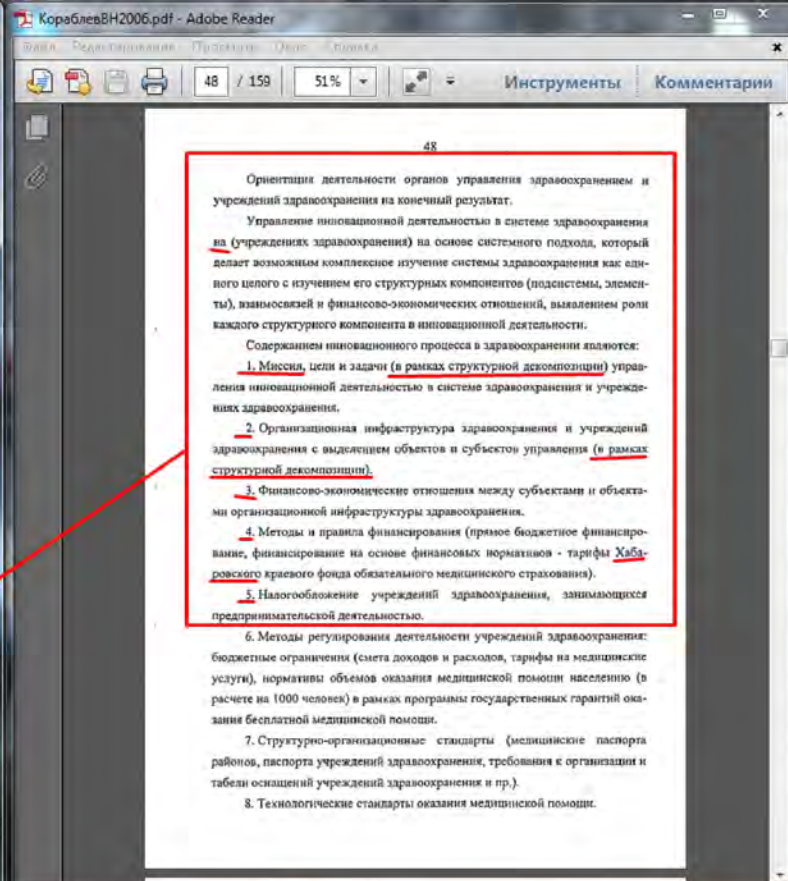
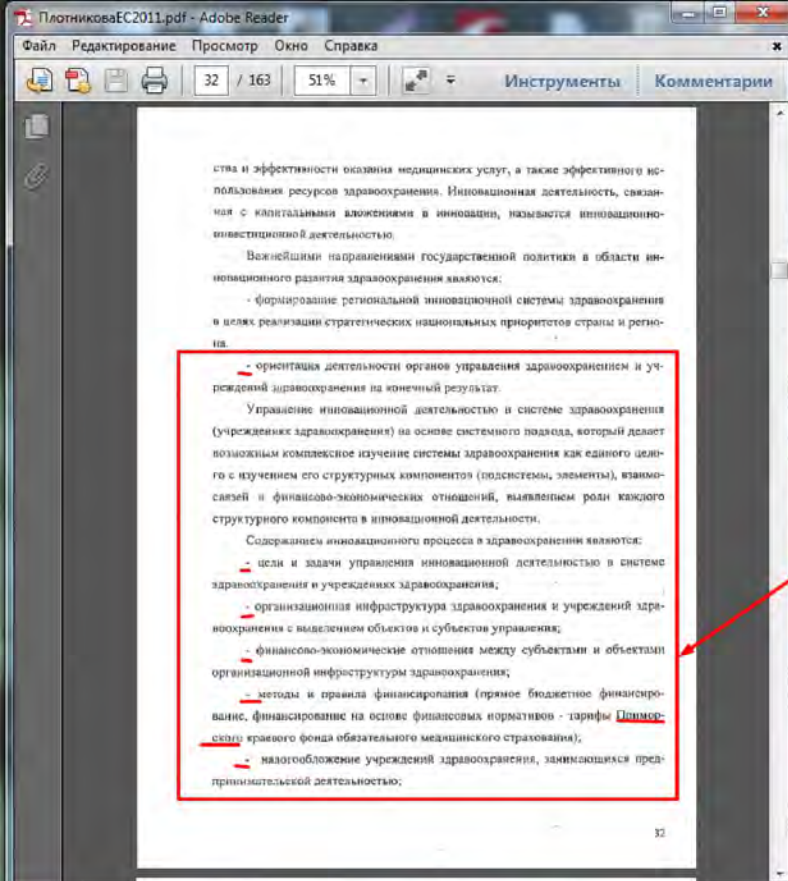
Под инновационным подходом в здравоохранении мы понимаем совокупность научных знаний, норм и правил, методологических и методических разработок, которые позволяют определить предпосылки, приоритеты, цели, задачи и основные мероприятия по развитию отрасли для достижения целевых показателей, направленных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

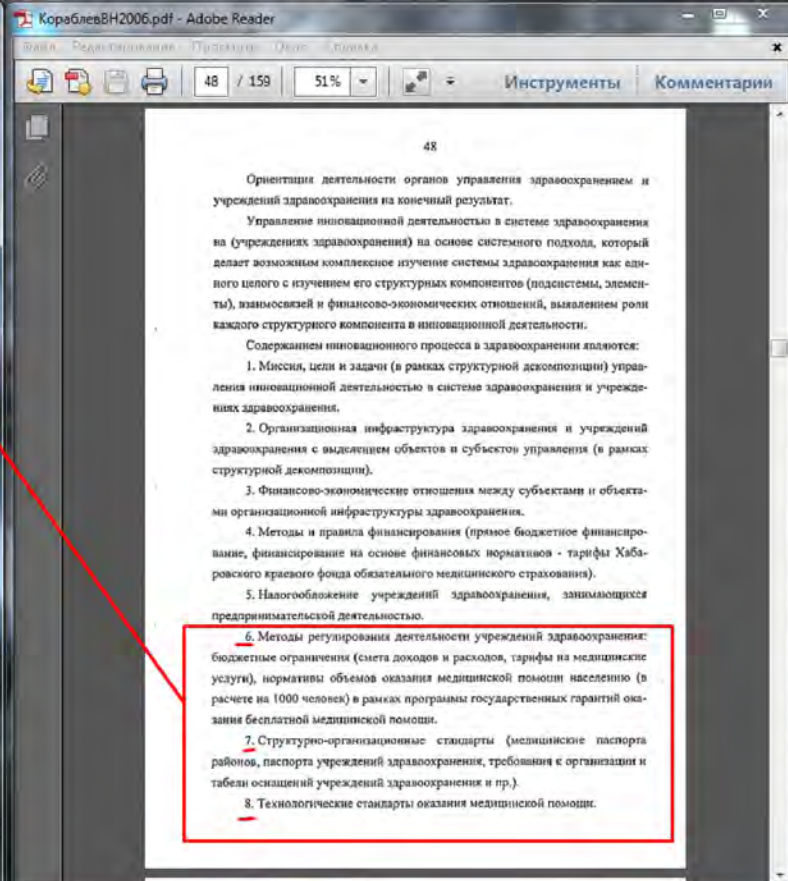
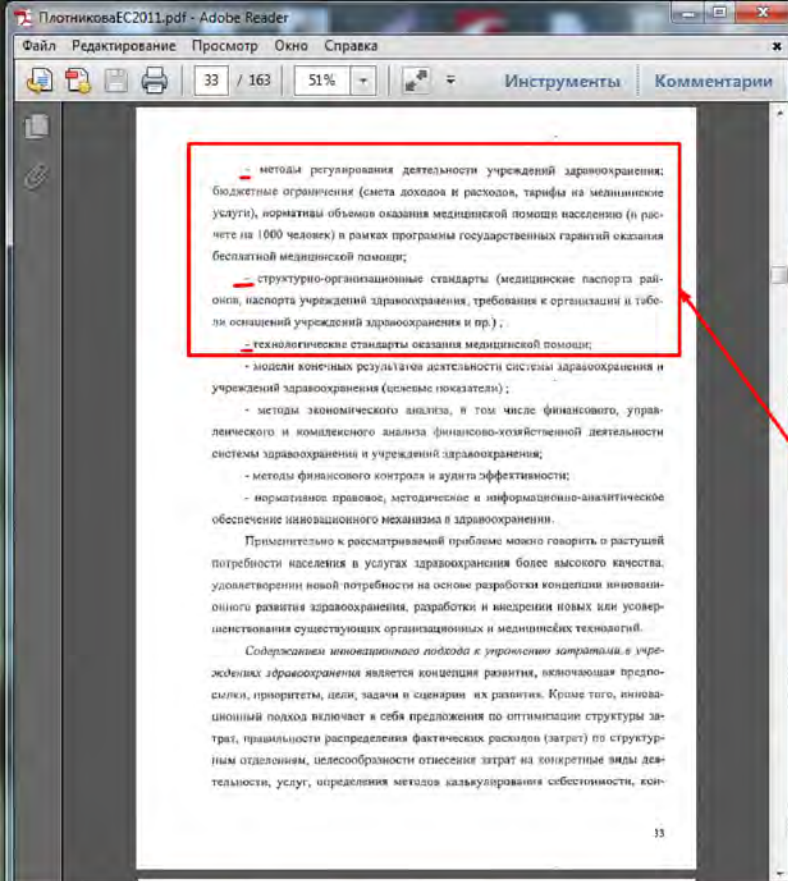
Соответственно под инновационным процессом в здравоохранении следует понимать преобразование научных знаний или разработанного научно-методического инструментария в инновацию, которую можно представить как цепь событий (например, создание, освоение и распространение нововведений), в ходе которых инновация 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 качества 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.





ПлотниковаEC2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

33 / 163 51%

Инструменты Комментарии

– методы регулирования деятельности учреждений здравоохранения; бюджетные ограничения (смета доходов и расходов, тарифы на медицинские услуги), нормативы объема оказания медицинской помощи населению (и 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 таблице 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 внедрения 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 закупа/улучшения себестоимости, кон-

33

КораблевВН2006.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

49 / 159 51%

Инструменты Комментарии

49

9. Модели конечных результатов деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения (целевые показатели).

10. Методы экономического анализа, в том числе финансового, управленческого и комплексного анализа финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

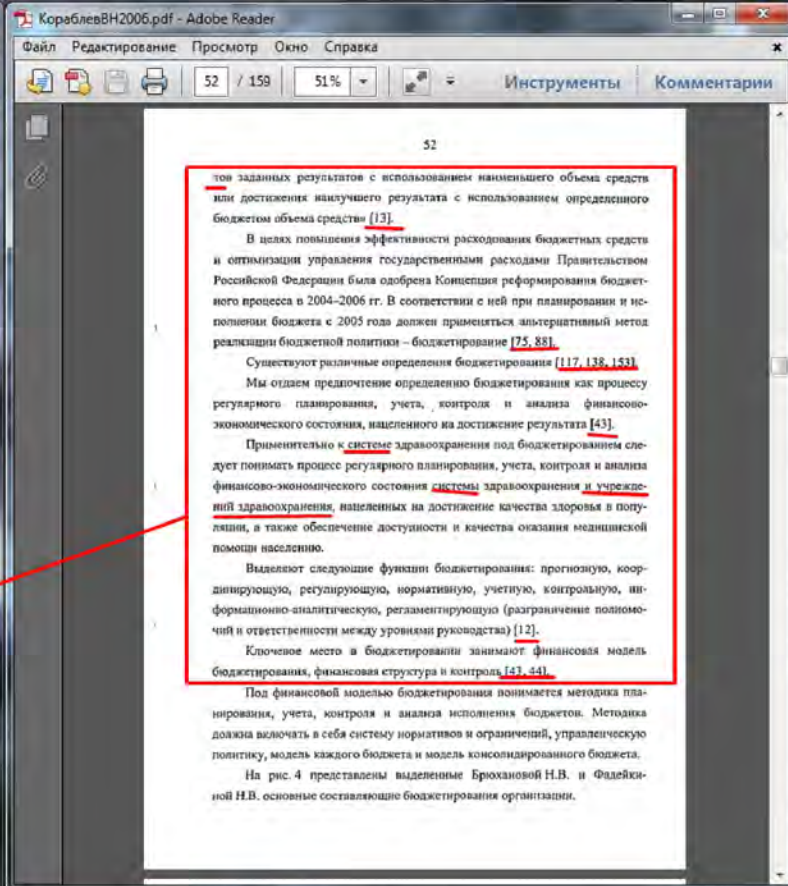
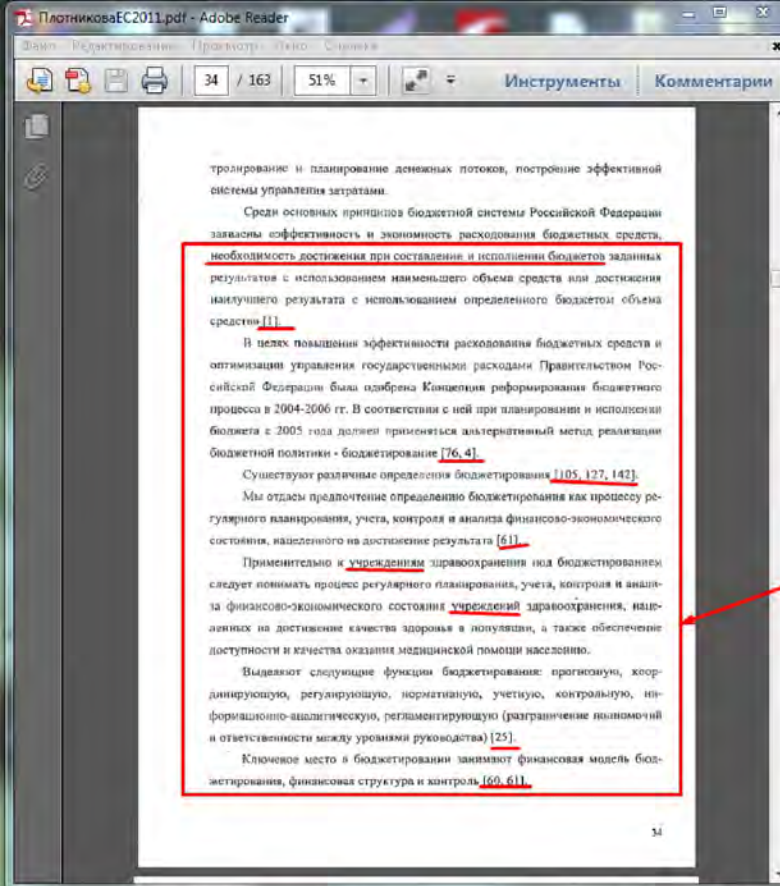
11. Методы финансового контроля и аудита эффективности (внутреннего и внешнего).

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

Бовин А.А. и соавт. выделили три составляющие инновации [8]:

- потребность, подталкивая удовлетворению;
- концепция объекта, способная удовлетворить потребность, то есть новая идея;
- компоненты, представляющие совокупность имеющихся знаний, материалов и доступных технологий, позволяющих довести концепцию до рабочего состояния.

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 внедрения новых или усовершенствования существующих организационных и медицинских технологий. Содержанием инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения является концепция развития, включающая предпосылки, приоритеты, цели, задачи и сценарии развития отрасли. Кроме того, инновационный подход включает в себя предложения по оптимизации инфраструктуры здравоохранения, экономического механизма отрасли, а также методическое обеспечение, касающееся интегральной оценки эффективности деятельности системы здравоохранения, учреждений здравоохранения, аудита эффективности, оценки экономической эффективности деятельности здравоохранения, состояния и эффективности использования основных фондов учреждений здравоохранения, экономического анализа.



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.

тов заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств» [13].

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 [75, 88].

Существуют различные определения бюджетирования [117, 138, 153].

Мы отдаем предпочтение определению бюджетирования как процессу регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния, нацеленного на достижение результата [43].

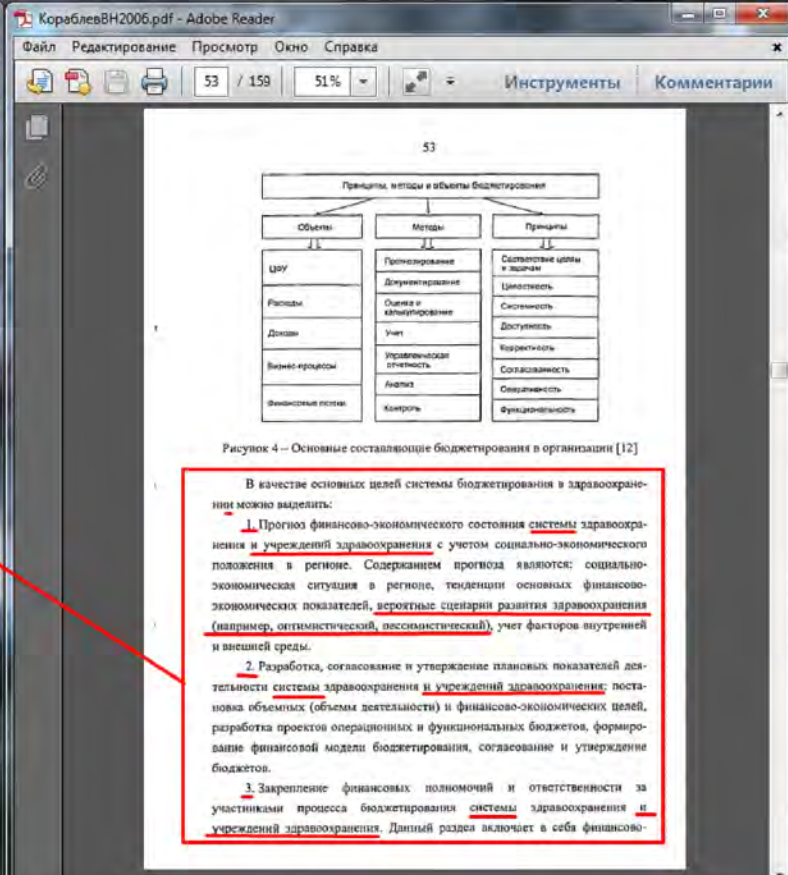
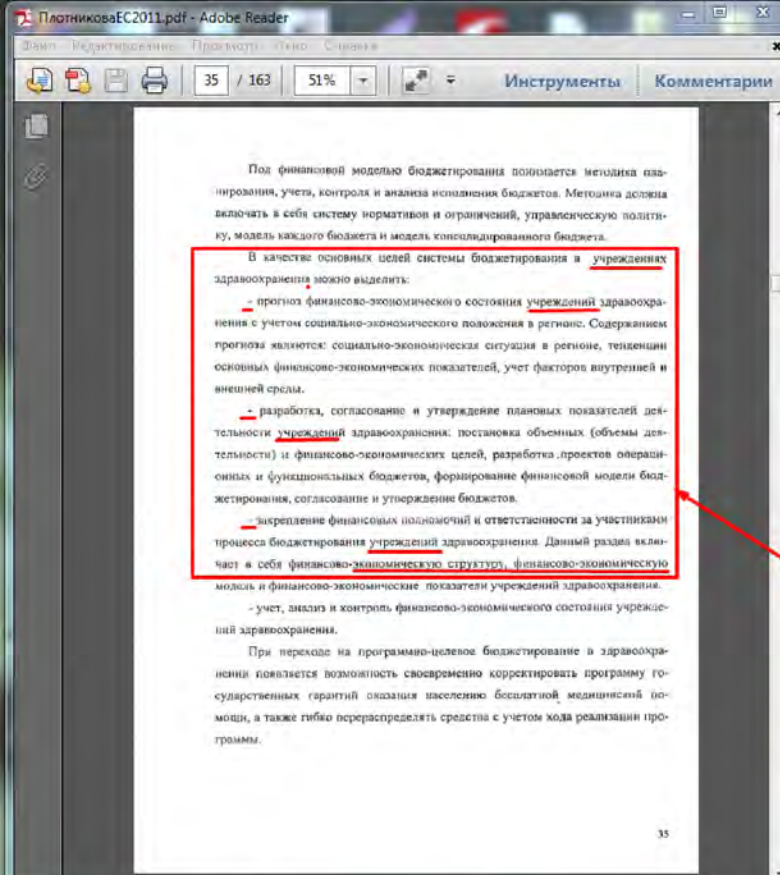
Применительно к системе здравоохранения под бюджетированием следует понимать процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, нацеленных на достижение качества здоровья в популяции, а также обеспечение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

Выделяют следующие функции бюджетирования: прогнозную, координирующую, регулируемую, нормативную, учетную, контрольную, информационно-аналитическую, регламентирующую (разграничение полномочий и ответственности между уровнями руководства) [12].

Ключевое место в бюджетировании занимают финансовая модель бюджетирования, финансовая структура и контроль [43, 44].

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.

На рис. 4 представлены выделенные Брюхановой Н.В. и Фадеевской Н.В. основные составляющие бюджетирования организации.



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.

здравоохранения. Данный раздел включает в себя финансово-экономическую структуру, финансово-экономическая модель и финансово-экономические показатели системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

4. Учет, анализ и контроль финансово-экономического состояния системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

Для получения более точной информации для финансовых бюджетов выстраивается система операционных и функциональных бюджетов.

Операционное бюджетирование представляет собой процесс регулярного планирования учета, контроля и анализа финансово-хозяйственного состояния учреждений здравоохранения в системе здравоохранения или структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения.

Функциональное бюджетирование представляет собой процесс регулярного планирования учета, контроля и анализа финансово-хозяйственного состояния учреждений здравоохранения в системе здравоохранения или структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения, например по составу статей экономической классификации расходов бюджетов РФ.

Необходимый элемент внедрения новой системы бюджетирования – переход к среднесрочному бюджетному планированию (с установлением четких правил изменения объема и структуры ассигнований), в рамках которого рассматриваются одобренные ранее основные показатели финансового плана, осуществляется их корректировка вследствие произошедших изменений, прогнозируются основные параметры на последующие годы. Это обеспечивает преемственность государственной политики и предсказуемость распределения бюджетных средств, а также четкую процедуру их корректировки [99].

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.

Расширение горизонта бюджетного планирования позволит сформировать четкую систему критериев и индикаторов оценки эффективности дея-

Таблица 1.2.

**Перечень целевых показателей оценки деятельности
государственных учреждений здравоохранения (ГУЗ)**

№ п/п	Показатели
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населения 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 (посещений на 1 чел в год)
4	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1чел.)
5	Котлы в федеральных учреждениях (проценте 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	Полученное финансирование (руб.)
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>	
11	Младенческая смертность (на 1000 новорожденных)
12	Перинатальная смертность (на 1000 родов)
13	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудоспособном возрасте)
14	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)
15	Охват профилактическими осмотрами (%)
16	Охват профилактическими осмотрами (%)
17	Охват профилактическими осмотрами (%)
18	Охват профилактическими осмотрами (%)
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 гликемизированного гемоглобина не более 7,0%
23	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)
24	Заболелость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)
25	Заболелость 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 структуру

тельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, обеспечить объективность оценки результатов реализации программы, оптимизировать структуру и управление ресурсами здравоохранения.

Такой подход позволит установить и более четкое соответствие среднесрочных финансовых планов ежегодно разрабатываемым макроэкономическим прогнозам и сценариям макроэкономическим условиям, используемым при бюджетном планировании.

Цели бюджетирования отражены на стр. 53 настоящего диссертационного исследования. Примерный перечень целевых показателей оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования отражены в таблице 2 [67].

Таблица 2 – Перечень целевых показателей оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования

№ п/п	Показатели	Индикаторы
1	2	3
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края 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 (посещений на 1 чел в год)	
4.	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1чел.)	
5.	Котлы в федеральных учреждениях (проценте больных)	
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края 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.	Полученное финансирование (руб.)	
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>		
11.	Младенческая смертность (на 1000 новорожденных)	
12.	Перинатальная смертность (на 1000 родов)	
13.	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудоспособном возрасте)	
14.	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)	
15.	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)	

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 (в чел. на 1 чел. в год)
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь (последний кв. 1 чел. в год)
3	Дневной стационары (днеместо. кв. 1 чел. в год)
4	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1чел.)
5	Котлы в федеральных учреждениях (процено больных)
<i>Оценка выполнения государственного плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (финансирование)</i>	
6	Финансирование (млн. руб.), в том числе:
7	Из смет 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	Падусовое финансирование (руб.)
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>	
11	Младенческая смертность (на 1000 новорожденных)
12	Перинатальная смертность (на 1000 родов)
13	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудоспособном возрасте)
14	Первичный выдел на инвалидность этого 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 гликолизированного гемоглобина не более 7,6%
23	Прекращение беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)
24	Заболелость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)
25	Заболелость сифилисом (на 100 тыс. нас.)

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

56

Окончание таблицы 2

1	2	3
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 гликолизированного гемоглобина не более 7,6%	
23	Прекращение беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)	
24	Заболелость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)	
25	Заболелость сифилисом (на 100 тыс. нас.)	

Из табл. 2 следует, что к основным индикаторам оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта федерации относятся показатели выполнения плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы и финансирование медицинской помощи), а также показатели результативности медицинской деятельности.

Участники процесса бюджетирования – список лиц или подразделений, которые непосредственно задействованы в системе бюджетного управления и отвечают 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 (структурная декомпозиция) системы здравоохранения или 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 (табл. 3).



37 / 163

51%



Инструменты

Комментарии

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, а так же 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-



56 / 159

51%



Инструменты

Комментарии

56

Окончание таблицы 2

1	2	3
16.	Охват профилактическими осмотрами (%)	
17.	Охват профилактическими осмотрами (%)	
18.	Охват профилактическими осмотрами (%)	
19.	Удельный вес осевших 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 гликолизированного гемоглобина не более 7,6%	
23.	Преодоление беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)	
24.	Заболелость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)	
25.	Заболелость сифилисом (на 100 тыс. нас.)	

Из табл. 2 следует, что к основным индикаторам оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта федерации относятся показатели выполнения плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы и финансирование медицинской помощи), а также показатели результативности медицинской деятельности.

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, а так же главный бухгалтер (финансовый директор), заместитель по экономическим вопросам, заведующие или руководители подразделений.

Объекты бюджетирования - структурный элемент (структурная декомпозиция) системы здравоохранения или 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 (табл. 3).

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-

Таблица 3 – Пример закрепления функций бюджетирования за участниками процесса бюджетирования в учреждениях здравоохранения

№ п/п	Объекты процесса бюджетирования	Функции бюджетирования
1	Главный врач	- доведение целевых показателей до работников учреждения - утверждение бюджета - утверждение результатов план-фактного анализа
2	Заместитель по экономическим вопросам	- подготовка проекта сводного бюджета - подготовка проектов операционных и функциональных бюджетов - контроль за исполнением бюджетов - проведение план-фактного анализа - проведение экономического анализа
3	Финансовый директор (главный бухгалтер)	- контроль исполнения регламента бюджетирования - контроль результатов анализа исполнения бюджетов - подготовка аналитической записки к бюджетам

Классификатор бюджетов - полный перечень всех бюджетов, используемых в здравоохранении, в том числе сводный финансовый, операционный и функциональный бюджеты.

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 экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации; показатели, характеризующие эффективность производственной и финансово-экономической деятельности.

В целом процесс бюджетирования является комплексной системой, которая тесно взаимодействует с другими элементами бюджетного управления, среди которых следует выделить основные [44]:

- собственно Положение о бюджетировании - определяет процесс бюджетирования в целом, основные параметры системы бюджетирования, служит в качестве основного регламента при выполнении функций бюджетирования;

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 непроизводственной сферы.

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

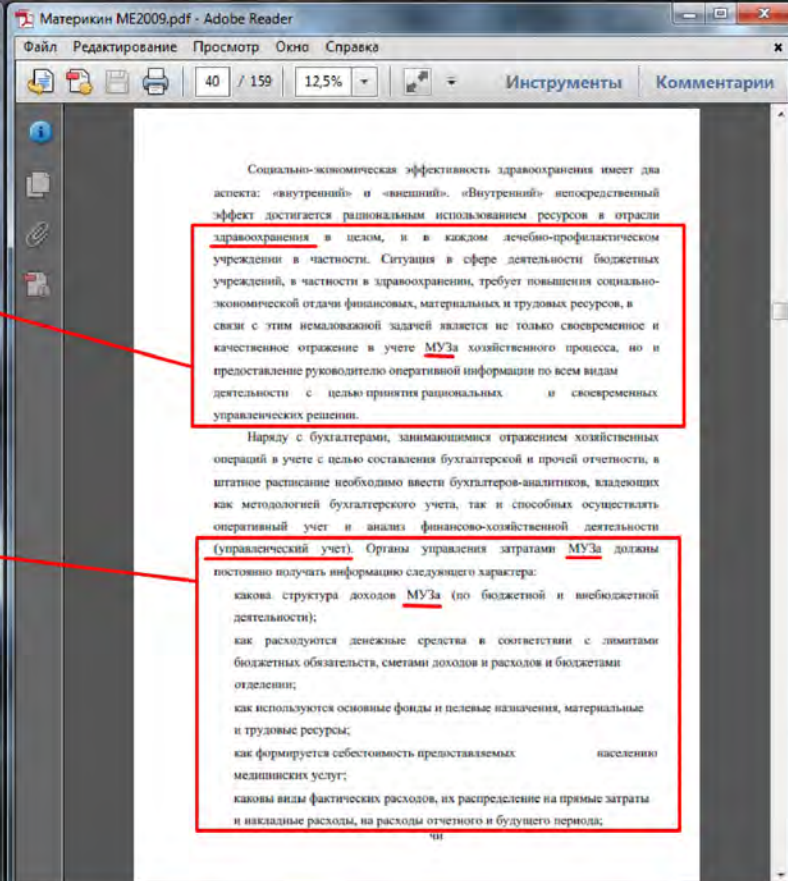
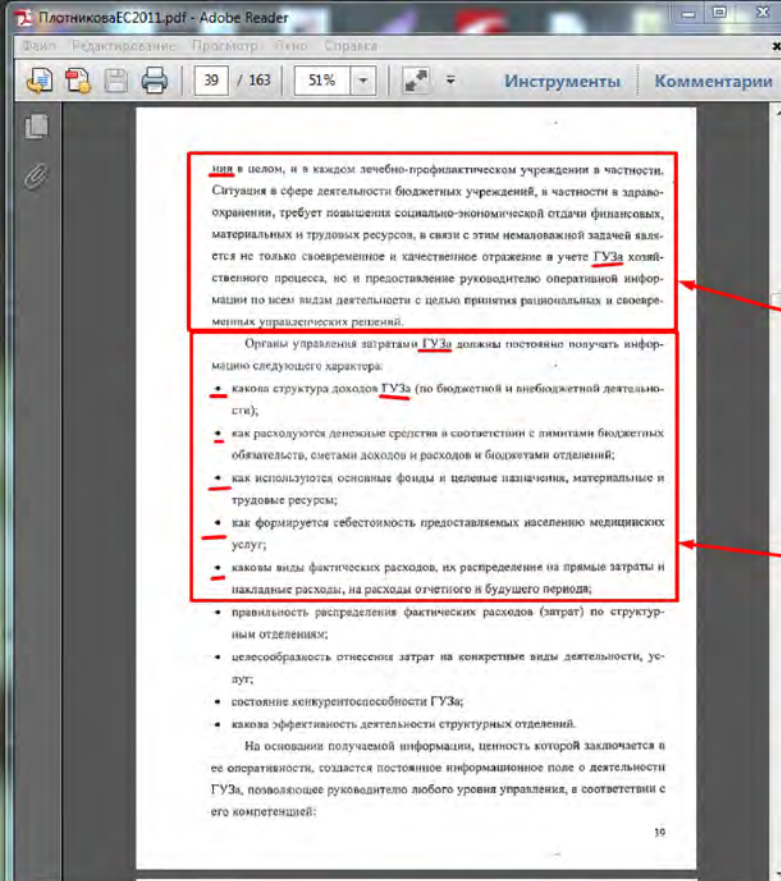
Несмотря на то, что в сложившихся условиях любая организация здравоохранения старается активно участвовать в рыночных отношениях, их предпринимательскую деятельность отличает от предпринимательской деятельности обычных предприятий ряд особенностей. Главной особенностью является то, что эта деятельность 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-

деятельности МУЗа 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 МУЗа определять величину расходов по каждому виду деятельности, а также по видам затрат МУЗа 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 МУЗов с выделением расходов по видам деятельности и структурным отделениям отсутствует.

Несмотря на то, что в сложившихся условиях любой МУЗ старается активно участвовать в рыночных отношениях, предпринимательскую деятельность МУЗов 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 МУЗа. Главной целью организации предпринимательской деятельности МУЗа является, не максимизация прибыли, а оказание квалифицированной медицинской помощи населению. Поэтому сокращение затрат МУЗа не должно сопровождаться снижением качества предоставляемых услуг



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 расходятся 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, создается постоянное информационное поле о деятельности ГУЗа, позволяющее руководителю любого уровня управления, в соответствии с его компетенцией:

правильность распределения фактических расходов (затрат) по структурным отделениям;

целесообразность отнесения затрат услуг;

состояние конкурентоспособности МУЗа;

какова эффективность деятельности структурных отделений.

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

осуществлять контроль и прогнозирование доходов и расходов;

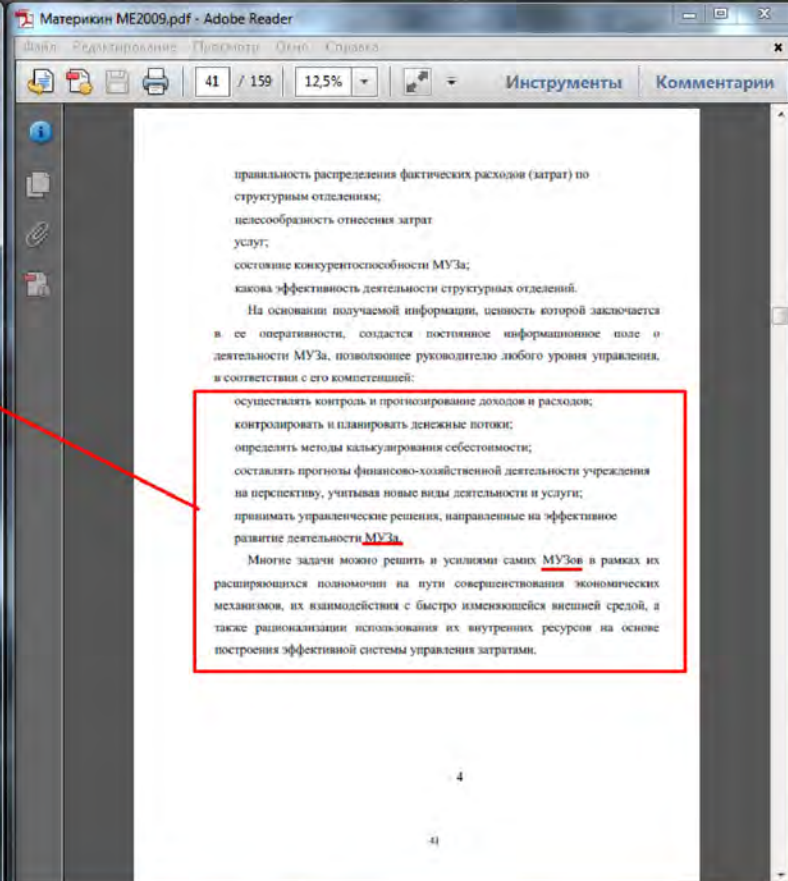
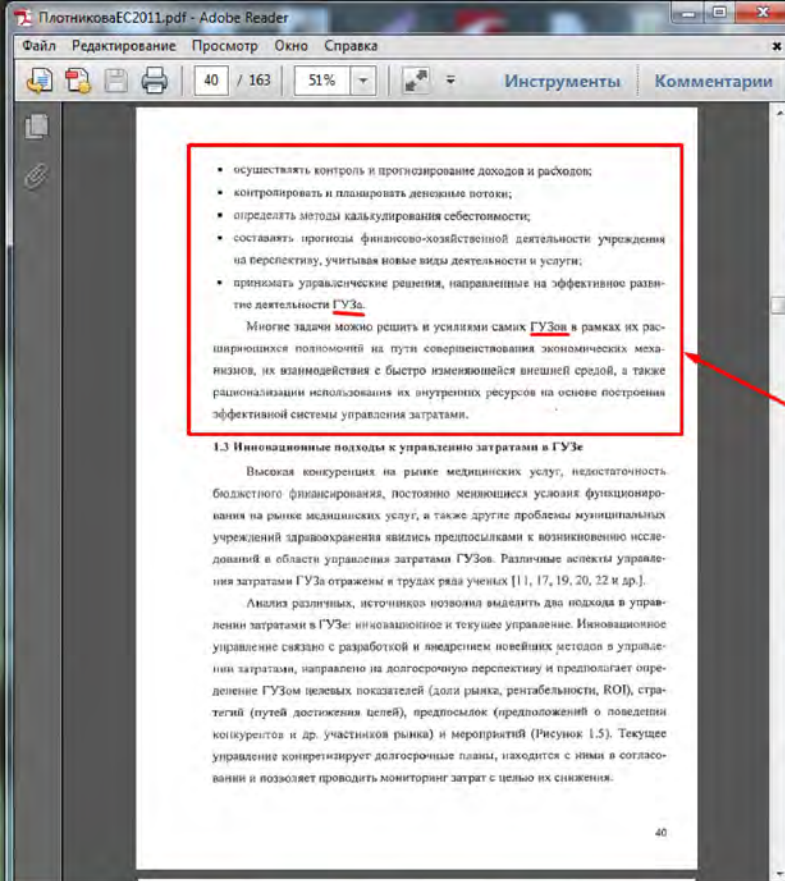
контролировать и планировать денежные потоки;

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 МУЗа.

Многие задачи можно решить и усилиями самих МУЗов 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.



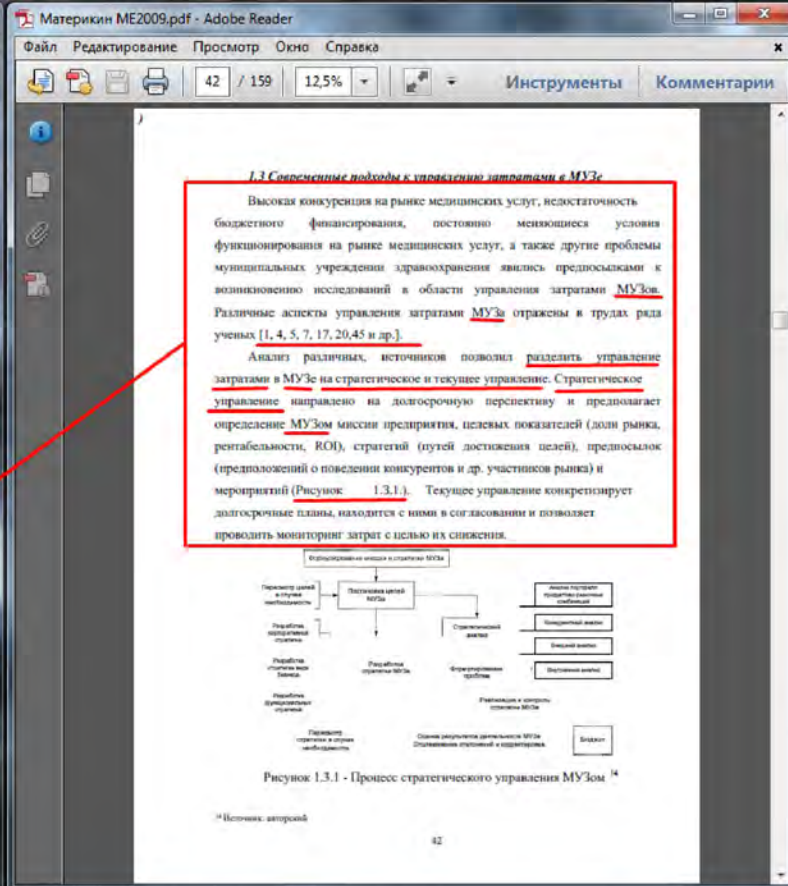
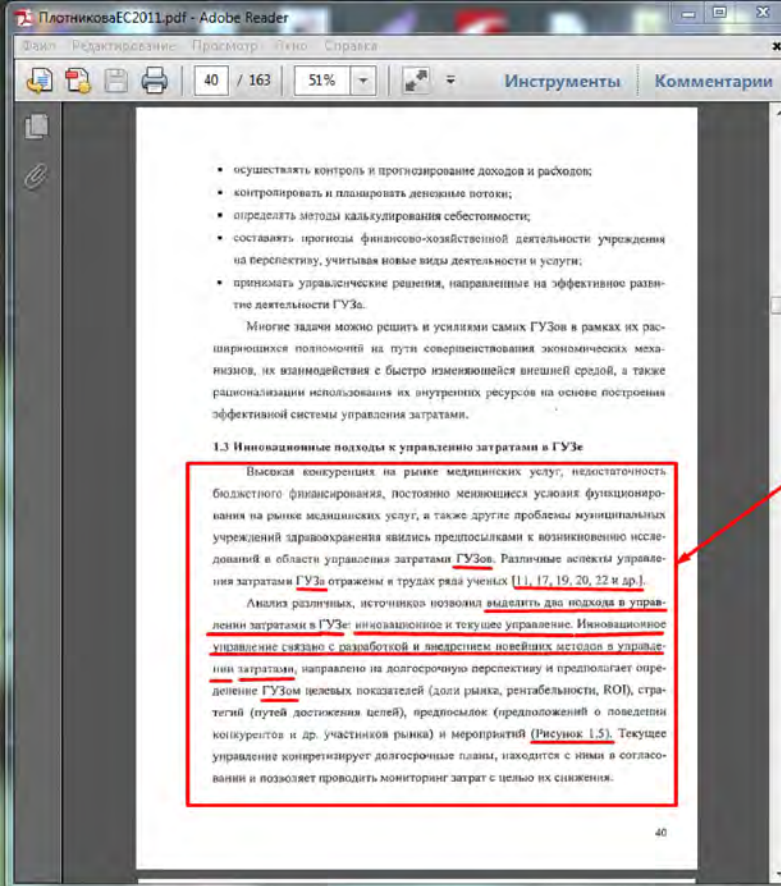


Рис. 1.5. Процесс инновационного управления ГУЗом

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 предложениях по усовершенствованию структуры управления затратами, закреплении за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [19, 62, 68 и др.].

1.3 Современные подходы к управлению затратами в МУЗе

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 МУЗов. Различные аспекты управления затратами МУЗа отражены в трудах ряда ученых [1, 4, 5, 7, 17, 20,45 и др.].

Анализ различных источников позволил разделить управление затратами в МУЗе на стратегическое и текущее управление. Стратегическое управление направлено на долгосрочную перспективу и предполагает определение МУЗом миссии предприятия, целевых показателей (доли рынка, рентабельности, ROI), стратегий (путей достижения целей), предположений (предположений о поведении конкурентов и др. участников рынка) и мероприятий (Рисунок 1.3.1.). Текущее управление конкретизирует долгосрочные планы, находится с ними в согласовании и позволяет проводить мониторинг затрат с целью их снижения.

Рисунок 1.3.1 - Процесс стратегического управления МУЗом ¹⁴¹⁴ Источник: авторский

ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

41 / 163 51,8%

Инструменты Комментарий

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 совершенствованию структуры управления затратами, закреплении за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [19, 62, 68 и др.].

41

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

43 / 159 11,7%

Инструменты Комментарий

Открытый файл соответствует стандарту PDF/A и открыт только для чтения, внесение изменений не разрешено

Главной задачей стратегического управления затратами МУЗа является четкое определение его миссии и целей, которых необходимо достигать путем управления затратами. Можно выделить пять стратегий управления затратами МУЗа (по М. Портеру):

Стратегия лидерства по затратам предусматривает снижение полных затрат на услуги МУЗа с сохранением, повышением качества этих услуг, что привлекает большее количество пациентов.

Стратегия дифференциации затрат направлена на придание лечебным услугам специфических черт, отличающих их от других видов услуг, и повышение ценности для пациента.

Сфокусированная стратегия низких затрат ориентирована на определенный более узкий сегмент получателей медицинских услуг, где МУЗ опережает своих конкурентов за счет более низких затрат на лечение.

Сфокусированная стратегия дифференциации ставит своей целью обеспечение представителей выбранного сегмента медицинскими услугами, наиболее полно отвечающими их интересам.

Стратегия оптимальных затрат даст возможность пациентам получить за свои деньги большую ценность за счет сочетания низких затрат и широкой дифференциации медицинских услуг.

По нашему мнению, данная классификация стратегий управление затратами в МУЗе не является исчерпывающей. В данном диссертационном исследовании мы постараемся расширить и более точно сформулировать стратегии согласно постоянно меняющимся условиям хозяйствования МУЗов.

Текущее управление затратами должно обеспечивать выполнение любой из названных стратегий. Это может быть реализовано через создание либо универсального механизма управления затратами, либо через создание нескольких механизмов, адекватных различным стратегиям или группам стратегий.



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, закреплению за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [19, 62, 68 и др.].

В отечественной литературе, рассматривающей управление затратами в МУЗе, основной акцент делается на предложения по усовершенствованию структуры управления затратами, закреплению за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [5, 44, 66, 71, 72 и др.].

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

централизованная в управлении;

децентрализованная в управлении.

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

Сторонники первой модели предлагают жестко централизовать функции управления затратами и закрепить их за администрацией МУЗа 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 МУЗом средств между его отделениями. Для этого предлагается составление плановым управлением совместно с заведующими отделением смет расходов этих отделений с учетом повышающих коэффициентов, основанных на превышении стоимости контрактов отделений над некой средней по МУЗу плановой стоимостью контракта. Все сметы по всем отделениям утверждаются Заместителями Гластного врача и Главным врачом МУЗа. На их основе распределяются средства централизованного денежного фонда МУЗа, при этом, если у отделений наступает ситуация «недофинансирования», то данная ситуация решается путем секвестирования некоторых статей расходов у отделений с полным финансированием.



Рис. 1.6. Инновационные подходы к управлению затратами ГУЗа

Существуют несколько видов организационных структур компании. С точки зрения управления МУЗом рассматриваются 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 МУЗом средств между его отделениями. Для этого предлагается составление

В отечественной литературе, рассматривающей управление затратами в МУЗе, основной акцент делается на предложениях по усовершенствованию структуры управления затратами, закрепления за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [5, 44, 66, 71, 72 и др.].

Существуют несколько видов организационных структур компании. С точки зрения управления МУЗом рассматриваются два основных типа организационных структур:

- централизованная в управлении;
- децентрализованная в управлении.

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

Сторонники первой модели предлагают жестко централизовать функции управления затратами и закрепить их за администрацией МУЗа 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 МУЗом средств между его

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 Главного врача и Главным врачом ГУЗа. На их основе распределяются средства централизованного денежного фонда ГУЗа, при этом, если у отделений наступит ситуация «недофинансирования», то данная ситуация решается путем секвестрирования 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.

В отечественной литературе, рассматривающей управление затратами в МУЗе, основной акцент делается на предложения по усовершенствованию структуры управления затратами, закреплении за тем или иным уровнем управления функций по управлению затратами [5, 44, 66, 71, 72 и др.]. Существуют несколько видов организационных структур компании. С точки зрения управления МУЗом рассматривается два основных типа организационных структур:

- централизованная в управлении;
- децентрализованная в управлении.

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

Сторонники первой модели предлагают жестко централизовать функции управления затратами и закрепить их за администрацией МУЗа 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 МУЗом средств между его

Для этого предлагается составление плановым управлением совместно с заведующими отделением смет расходов этих отделений с учетом повышающих коэффициентов, основанных на превышении стоимости контрактов отделений над некой средней по МУЗу плановой стоимостью контракта. Все сметы по всем отделениям утверждаются Заместителями Главного врача и Главным врачом МУЗа. На их основе распределяются средства централизованного денежного фонда МУЗа, при этом, если у отделений наступит ситуация «недофинансирования», то данная ситуация решается путем секвестрирования некоторых статей расходов у отделений с полным финансированием.

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

43 / 163 51,6%

Инструменты Комментарии

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 Главного врача и Главным врачом ГУЗа. На их основе распределяются средства централизованного денежного фонда ГУЗа, при этом, если у отделений наступит ситуация «недофинансирования», то данная ситуация решается путем секвестрирования 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.

43

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

45 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

С нашей точки зрения главными недостатками такой модели являются следующие:

- наименее востребованные виды деятельности финансируются за счет наиболее востребованных;
- секвестрирование расходов ряда отделений может повлечь за собой снижение качества предоставления их услуг;
- составляя сметы расходов своих отделений, заведующие этих отделений будут стремиться завысить реальный уровень затрат;
- снижается материальная заинтересованность отделений в улучшении качества услуг;
- снижается степень быстроты реагирования на изменения окружающей среды;
- механизм составления и утверждения смет излишне бюрократизируется.

Сторонники второй модели [5, 71, 72] предлагают построить систему управления затратами в МУЗе 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 МУЗе центров ответственности рядом авторов предлагается использовать бюджетирование [5, 71, 72 и др-].

Бюджетирование — это метод сбора и обработки информации о доходах и расходах по центрам ответственности.

Пример разработки системы бюджетирования МУЗа представлен в виде блок-схемы на рисунке 1.3.2.

ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

44 / 163 51,4%

Инструменты Комментарии

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.

```
graph TD; A[Определение центров финансовой ответственности (ЦФО)] --> B[Разработка классификатора бюджетов]; A --> C[Разработка бизнес-процессов «бюджетирования»]; A --> D[Определение параметров для контроля исполнения бюджета]; A --> E[Составление регламента бюджетирования и его бизнес-процессов]; D --> F[Определение периодичности контроля]; D --> G[Определение сил мотивации для ЦФО]; E --> H[Построение управленческого учета, для получения необходимой информации]; E --> I[Положение о системе бюджетирования];
```

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) — АBB-бюджетирование.

Примерная система бюджетов ГУЗа представлена в таблице 1.3.

44

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

45 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

С нашей точки зрения главными недостатками такой модели являются следующие:

- наименее востребованные виды деятельности финансируются за счет наиболее востребованных;
- секвестрование расходов ряда отделений может повлечь за собой снижение качества предоставления их услуг;
- составляя смету расходов своих отделений, заведующие этих отделений будут стремиться зависить реальный уровень затрат;
- снижается материальная заинтересованность отделений улучшением качества услуг;
- снижается степень быстроты реагирования на изменения окружающей среды;
- механизм составления и утверждения смет излишне бюрократизируется.

Сторонники второй модели [5, 71, 72] предлагают построить систему управления затратами в МУЗе 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 МУЗе центров ответственности рядом авторов предлагается использовать бюджетирование [5, 71, 72 и др.]. Бюджетирование — это метод сбора и обработки информации о доходах и расходах по центрам ответственности.

Пример разработки системы бюджетирования МУЗа представлен в виде блок-схемы на рисунке 1.3.2.

При выделении в ГУЗа центров ответственности рядом автором 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) — АBB-бюджетирование.

Примерная система бюджетов ГУЗа представлена в таблице 1.3.



Рисунок 1.3.2 - Разработка системы бюджетирования МУЗа¹⁵

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) — АBB-бюджетирование.

Примерная система бюджетов МУЗа представлена в таблице 1.3.1.

¹⁵ Источник: составлено автором на основе существующих классификаций

ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

44 / 163 51,4%

Инструменты Комментарий

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.

54

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

46 / 159 12,4%

Инструменты Комментарий

Рисунок 1.3.2 - Разработка системы бюджетирования МУЗа¹⁵

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 МУЗа представлена в таблице 1.3.1.

¹⁵ Источник: составлено автором на основе существующих классификаций

46

Таблица 1.3.

Примерная система бюджетов ГУЗа

Бюджеты	Размер бюджетов структурных отделений						Сводный бюджет
	Основные (медицинские) отделения			Вспомогательные (не-медицинские) 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 затраты	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			Σ

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.

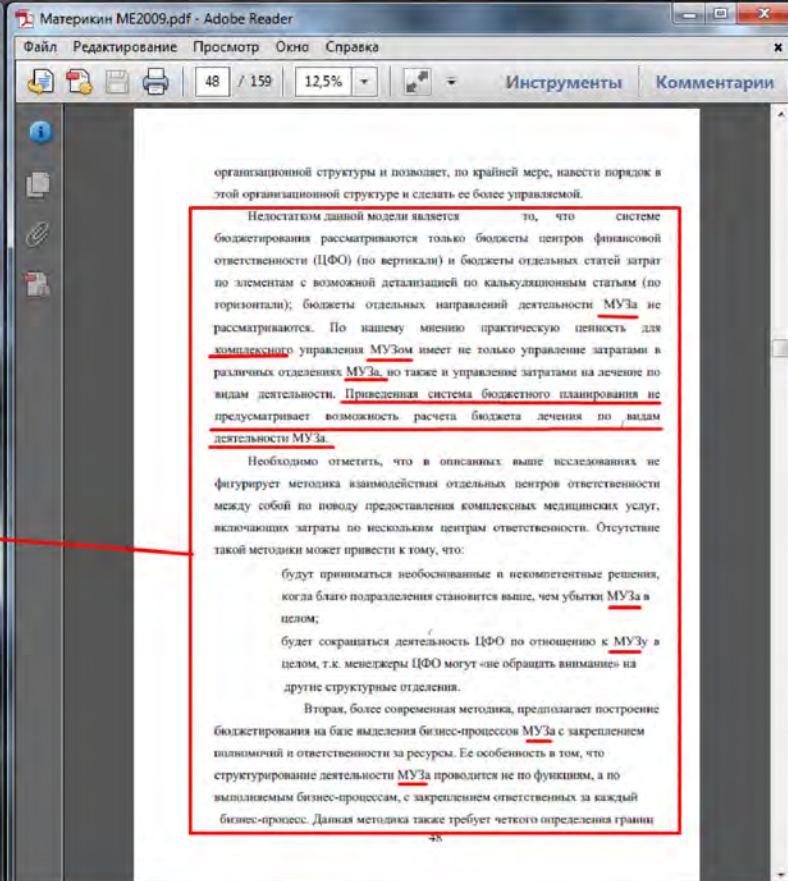
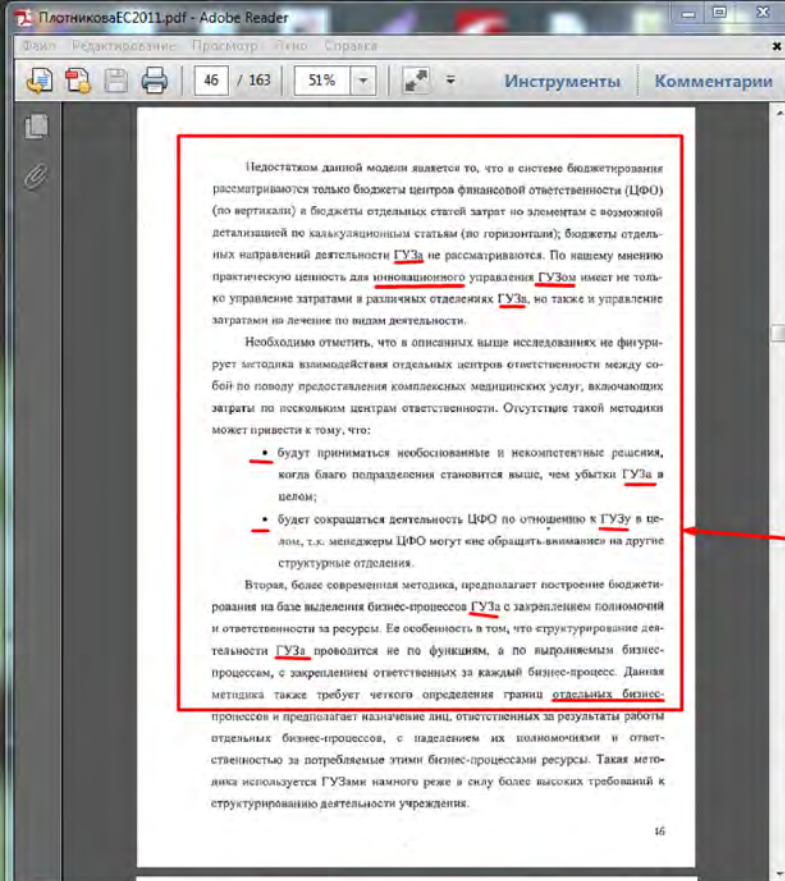
Таблица 1.3.1 - Примерная система бюджетов МУЗа¹⁸

Бюджеты	Размер бюджетов структурных отделений						Сводный бюджет
	Основные (медицинские) отделения			Вспомогательные (не-медицинские) 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 затраты	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			Σ

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 МУЗа производится на базе его

¹⁸ Источник: авторский.



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.

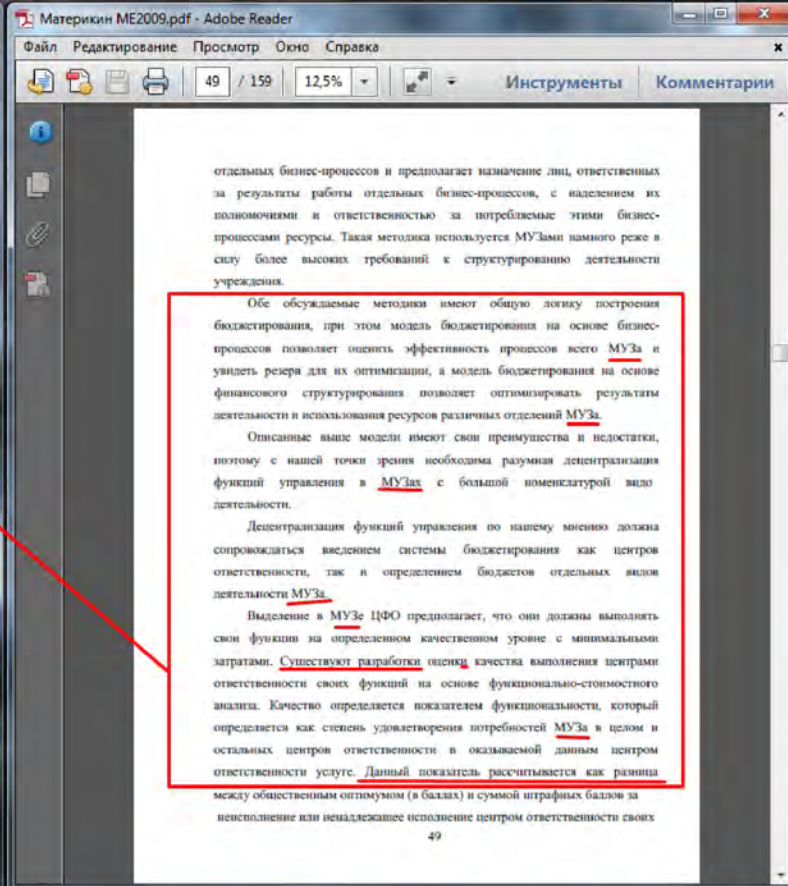
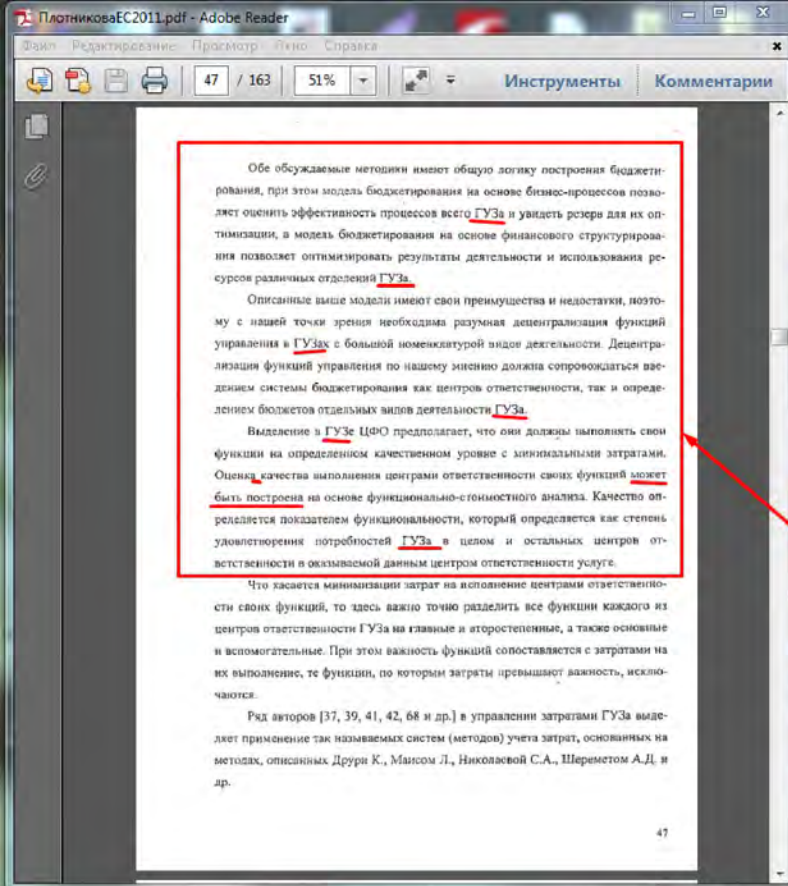
отдельных бизнес-процессов и предполагает назначение лиц, ответственных за результаты работы отдельных бизнес-процессов, с наделением их полномочиями и ответственностью за потребляемые этими бизнес-процессами ресурсы. Такая методика используется МУЗами намного реже в силу более высоких требований к структурированию деятельности учреждения.

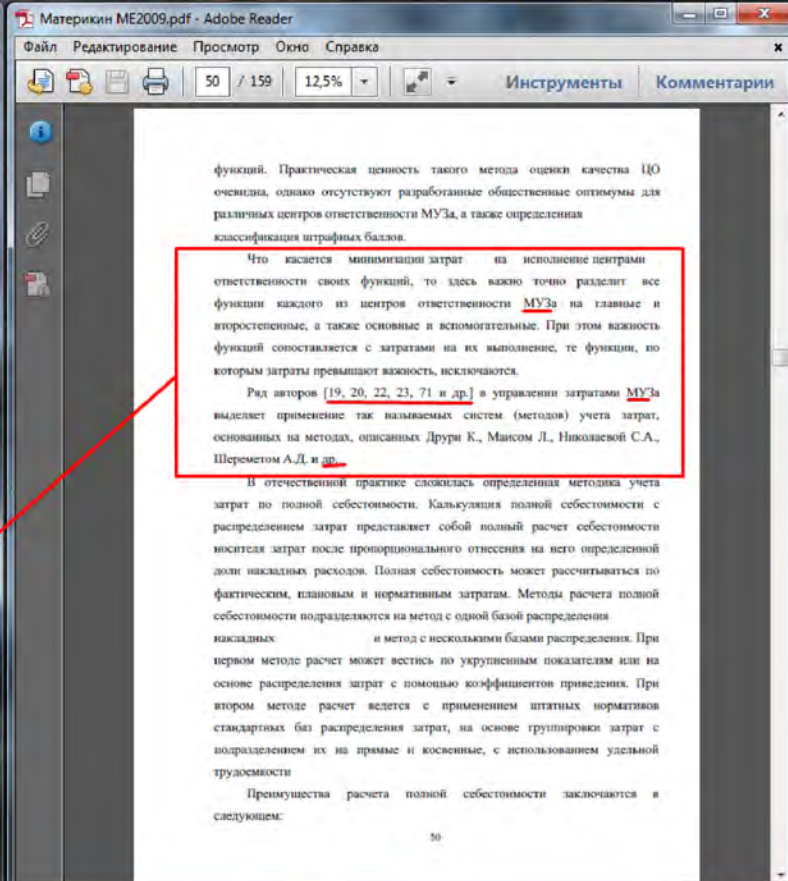
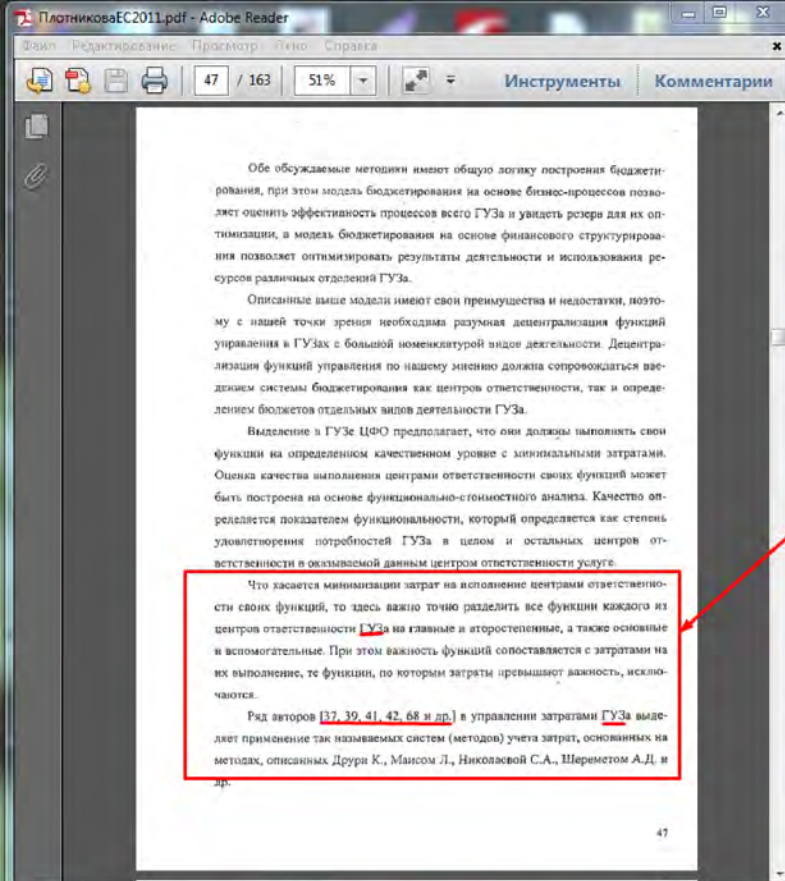
Обе обсуждаемые методики имеют общую логику построения бюджетирования, при этом модель бюджетирования на основе бизнес-процессов позволяет оценить эффективность процессов всего МУЗа и увидеть резерв для их оптимизации, а модель бюджетирования на основе финансового структурирования позволяет оптимизировать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

Описанные выше модели имеют свои преимущества и недостатки, поэтому с нашей точки зрения необходима разумная децентрализация функций управления в МУЗах 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 МУЗа.

Выделение в МУЗе ЦФО предполагает, что они должны выполнять свои функции на определенном качественном уровне с минимальными затратами. Существуют разработки оценки качества выполнения центрами ответственности своих функций на основе функционально-стоимостного анализа. Качество определяется показателем функциональности, который определяется как степень удовлетворения потребностей МУЗа в целом и остальных центров ответственности в оказываемой данным центром ответственности услуге. Данный показатель рассчитывается как разница между общественным оптимумом (в баллах) и суммой штрафных баллов за неисполнение или ненадлежащее исполнение центром ответственности своих





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.

функций. Практическая ценность такого метода оценки качества ЦО очевидна, однако отсутствуют разработанные общественные оптимумы для различных центров ответственности МУЗа, а также определенная классификация штрафных баллов.

Что касается минимизации затрат на исполнение центрами ответственности своих функций, то здесь важно точно разделить все функции каждого из центров ответственности МУЗа 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 [19, 20, 22, 23, 71 и др.] в управлении затратами МУЗа выделяет применение так называемых систем (методов) учета затрат, основанных на методах, описанных Друри К., Мансом 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 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:

ПлотниковаС2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

48 / 163 51%

Инструменты Комментарии

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 привадения. При втором методе расчет ведется с применением витатных 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.

48

Материалы МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

51 / 159 12,5%

Инструменты Комментарии

- 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 МУЗа 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

11

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 сравнения 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.

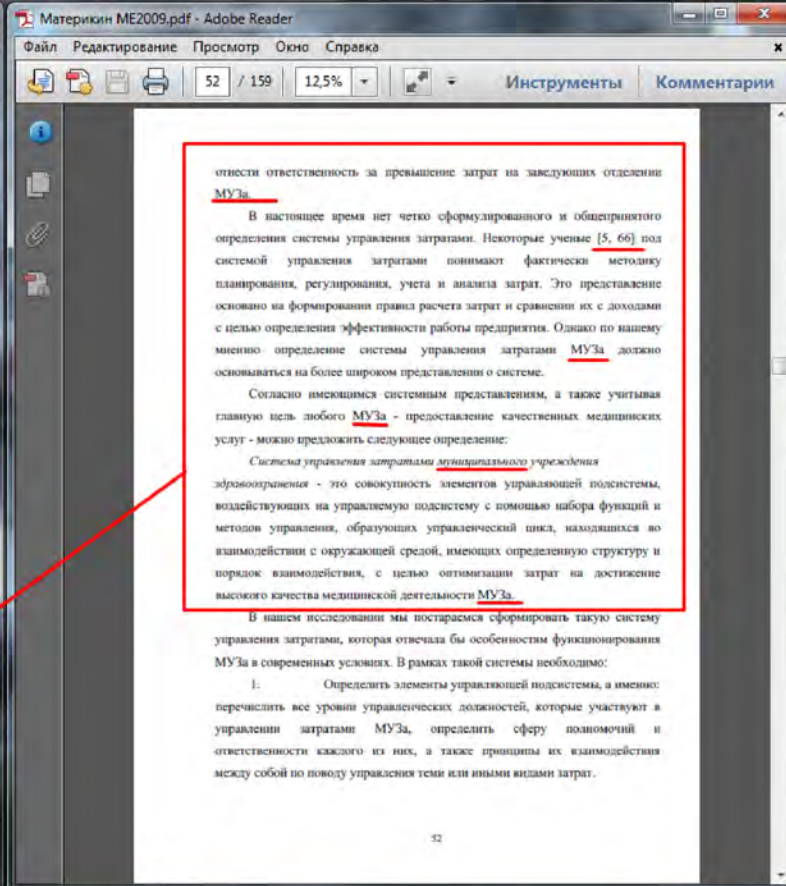
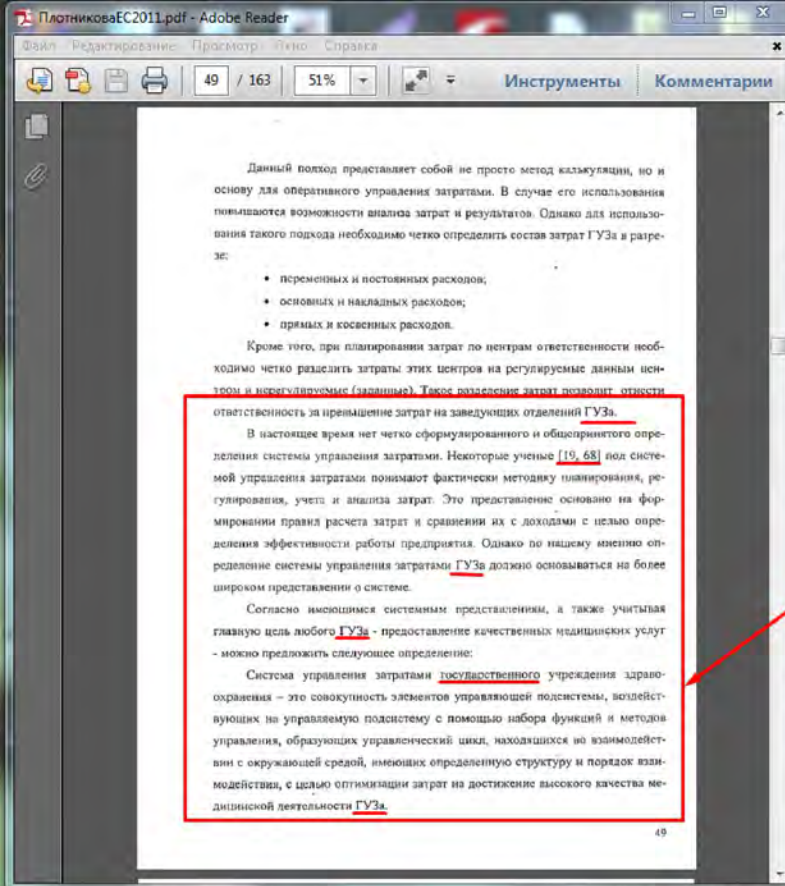
- возможность установления цен по каждому виду деятельности;
 - возможность определения себестоимости лечения отдельного пациента.
- Недостатками такого подхода являются неточности в методике распределения накладных расходов, что приводит к завышению или занижению реальной себестоимости лечения; данный подход не учитывает изменения 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 МУЗа 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



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.

отнести ответственность за превышение затрат на заведующих отделении МУЗа.

В настоящее время нет четко сформулированного и общепринятого определения системы управления затратами. Некоторые ученые [5, 66] 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 МУЗа должно основываться на более широком представлении о системе.

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

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 МУЗа.

В нашем исследовании мы постараемся сформировать такую систему управления затратами, которая отвечала бы особенностям функционирования МУЗа в современных условиях. В рамках такой системы необходимо:

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

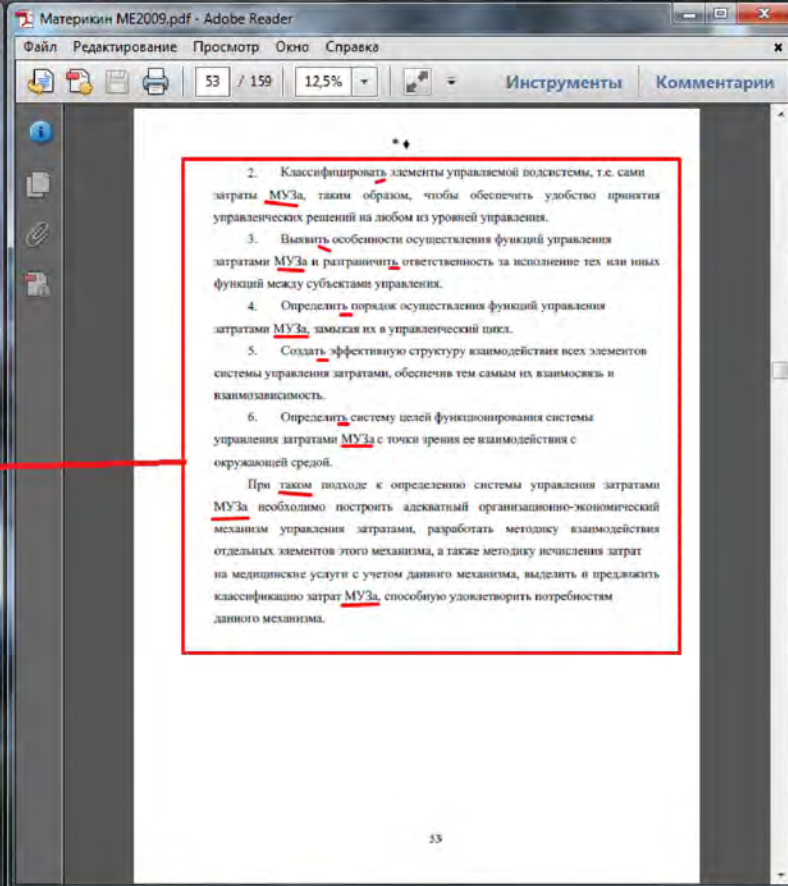
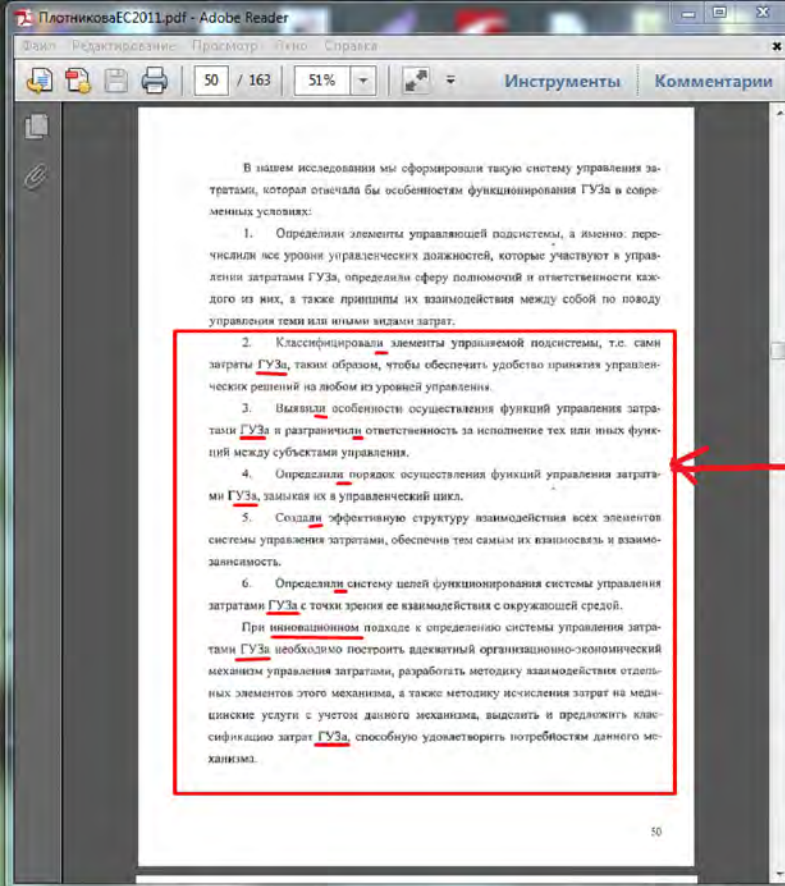


Таблица 2.4

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, 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
Стационаррозамещающая 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
Стационаррозамещающая 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 ле-

1.2 Затраты учреждения здравоохранения как объект управления

С переходом России от плановой экономики к рыночной произошли глобальные изменения в способах хозяйствования предприятий всех секторов экономики, в том числе и муниципальных учреждений здравоохранения. Муниципальные учреждения здравоохранения сегодня сталкиваются с высокой конкуренцией со стороны коммерческих предприятий, предлагающих медицинские услуги адекватные потребностям рынка.

Одной из проблем современного этапа развития сферы здравоохранения России явилась возникновение конкуренции между МУЗами «с историей» и новыми коммерческими предприятиями на рынке медицинских услуг. Преимущества первых в виде нематериальных активов (традиции сформировавшейся медицинской школы, опыт квалифицированных врачей) зачастую перекрываются лучшей материально-технической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования МУЗы многие годы лишились возможности совершенствовать свою материально-техническую базу, направляя большую часть ресурсов на финансирование текущих расходов. По результатам анализа данных отчетности МУЗов г. Сочи за 2008 г. оплата труда и приобретение материальных запасов составляют большую часть совокупных затрат в структуре затрат МУЗов (Таблица 1.2.1., Рисунок 1.2.1.).

рекрываются лучшей материально-технической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования ГУ. Зы 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

Расход финансовых средств ГУЗов по статьям затрат, %

№ п/п	Статьи затрат	Доля затрат, %
1	Оплата труда с начислениями, из них:	49,6
2	Зарплата плата	39,33
3	Прочие выплаты	0,16
4	Начисления на оплату труда	10,11
5	Приобретение услуг, из них:	19,45
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 поступления 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 во всех статьях расходов (1+5+12+13+14)	100 ⁰

⁰ Рассчитано автором по данным отчетности ГУЗов Приморского края

1.2 Затраты учреждения здравоохранения как объект управления

С переходом России от плановой экономики к рыночной произошли глобальные изменения в способах хозяйствования предприятий всех секторов экономики, в том числе и муниципальных учреждений здравоохранения. Муниципальные учреждения здравоохранения сегодня сталкиваются с высокой конкуренцией со стороны коммерческих предприятий, предлагающих медицинские услуги адекватные потребностям рынка.

Одной из проблем современного этапа развития сферы здравоохранения России явилась возникновение конкуренции между МУЗами «с историей» и новыми коммерческими предприятиями на рынке медицинских услуг. Преимущества первых в виде нематериальных активов (традиции сформировавшейся медицинской школы, опыт

квалифицированных врачей) зачастую перекрываются лучшей материально-технической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования МУЗы многие годы лишались возможности совершенствовать свою материально-техническую базу, направляя большую часть ресурсов на финансирование текущих расходов. По результатам анализа данных отчетности МУЗов г. Сочи за 2008 г. оплата труда и приобретение материальных запасов составляют большую часть совокупных затрат в структуре затрат МУЗов (Таблица 1.2.1., Рисунок 1.2.1.).

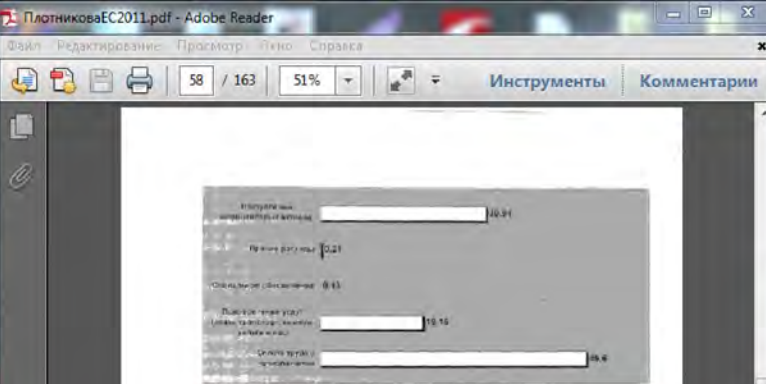


Рис. 2.1. Распределение финансовых средств ГУЗов по статьям затрат, %

На расчётах видно, что почти 75% совокупных затрат ГУЗов составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (лекарства, 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-

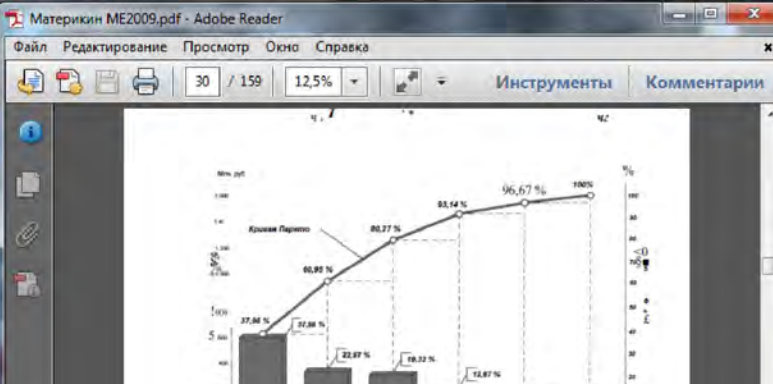


Рисунок 1.2.1. - Диаграмма Парето. Структура затрат МУЗов⁵

Таким образом, получается, что 80% совокупных затрат МУЗов составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (лекарства, мягкий инвентарь, питание, ГСМ и прочие) и услуги по содержанию имущества. На приобретение основных средств (инструменты, оборудование и прочие) отводится менее 13% общих затрат, что является, как видно из современного состояния МУЗов, недостаточным для обеспечения высокого уровня предоставления медицинских услуг населению. Не смотря на то, что на оплату труда в МУЗах отводится чуть меньше 40% 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.

⁵ Источник: постронно автором по данным отчетности МУЗов с. Слеса.

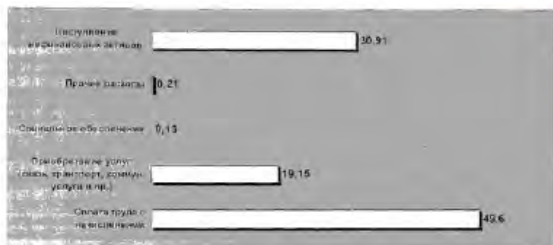


Рис. 2.1. Распределение финансовых средств ГУЗов по статьям затрат, %

Из расчётов видно, что почти 75% совокупных затрат ГУЗов составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (лекарства, мягкий инвентарь, питание, GSM 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-

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

Число коек учреждения здравоохранения муниципальной образования, включая койки дневного пребывания в больничном учреждении по городу, составляет 2 772 койки, население города по различным данным составляет от 400 до 750 тысяч человек, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тыс. населения — 228 посещений в смену. Основные показатели использования коечной сети в г. Сочи, а также динамика их изменения представлены в таблице 1.2.2.

Таблица 1.2.2 - Основные показатели использования коечной сети

Показатели	г. Сочи			Изменение основных показателей 2006-2007 гг.
	2005г.	2006г.	2007г.	
Число коек	3418	3418	2402	-1016
Уровень госпитализации	235,6	236,5	201,5	-35
Оборот койки	27,4	27,6	33,6	-6
Сред. длительность пребывания пациента на койке	12,8	12,3	9,8	-2,5
Работа койки	352	338	330,2	-7,8
Больничная летальность	1,81	1,66	1,73	-0,07
Дневной стационар (число коек) при больнице	477	477	370	-107

Число коек в г. Сочи в 2007г. по сравнению с 2006г. сократилось в связи с выходом учреждения, оказывающих специализированную помощь в состав ГУЗов. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения составила 59,8 (МО 53,6). Показатели работы коечного фонда изменились следующим образом.: длительность пребывания больного на койке достигла 9,8 дней в 2007г., (12,8 дней - в 2005г.) незначительно снизилась работа койки (с 352 до 330,2 дней) и уровень госпитализации больных на 1000 населения (с 235,6 2005г. до 201,6 - 2007г.).

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 поддержаний и обновления основных фондов, для обеспечения возможности реализации потенциала

- Динамичное развитие города, связанное с подготовкой к проведению Олимпийских игр, способствует притоку рабочей силы. В результате отмечается рост первичной заболеваемости среди населения. Данный факт обязательно необходимо учитывать при планировании затрат на будущие периоды.

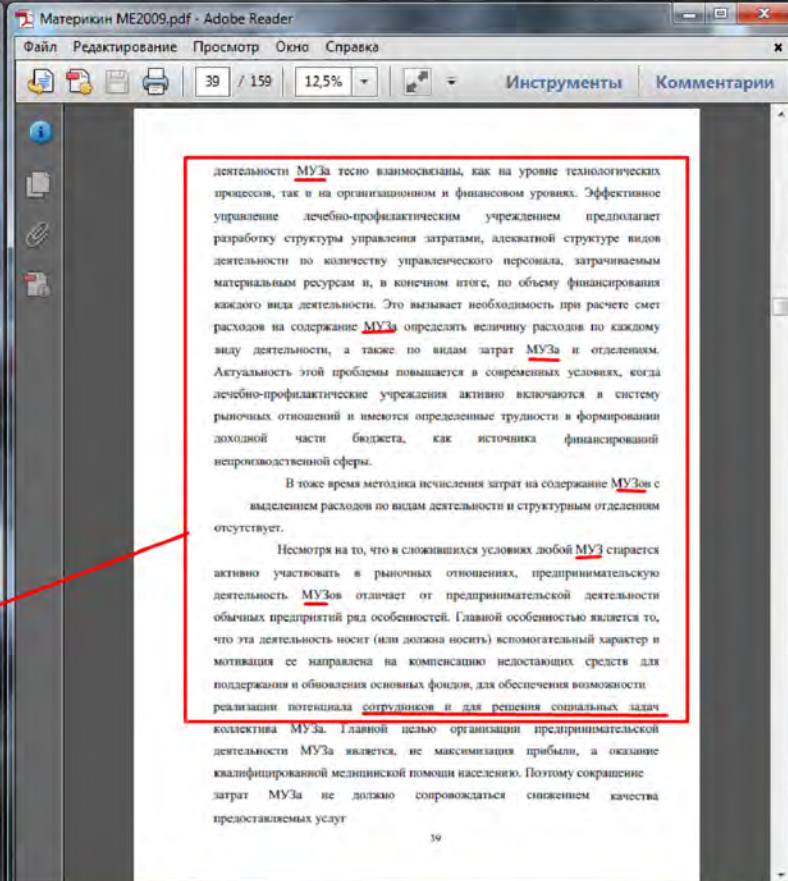
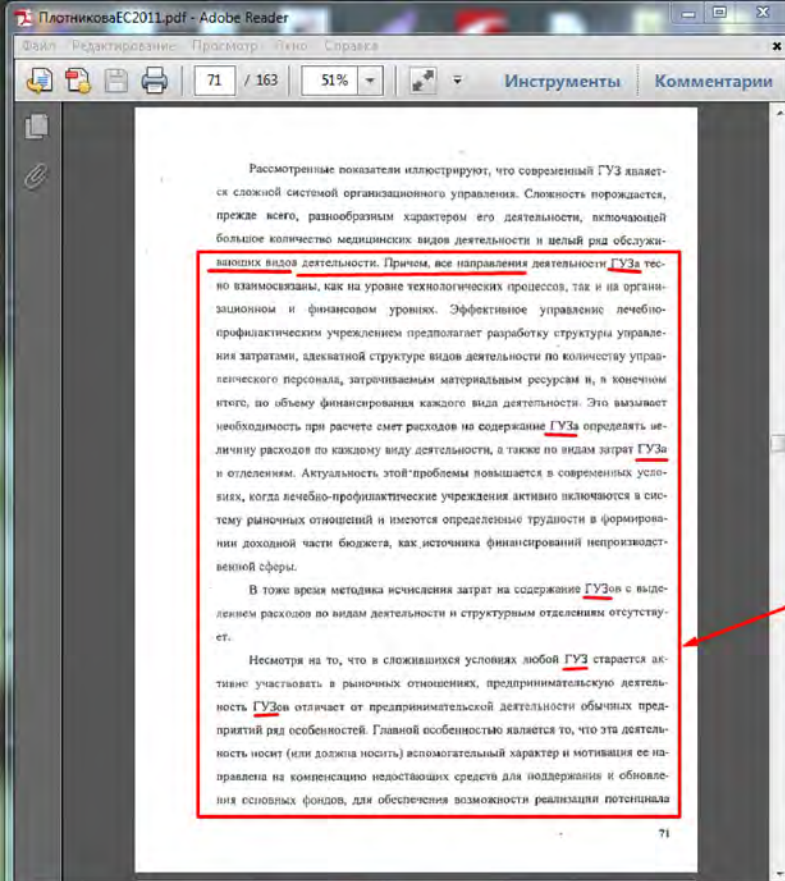
Интегральная оценка эффективности здравоохранения рассмотренном муниципальном образовании в целом характеризуется как высокая, что связано с высокой оценкой медико-социальной эффективности и высокой оценкой эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Оценка экономической эффективности использования ресурсов высокая. В качестве положительного фактора отмечается высокий уровень подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий, так же высок уровень обеспеченности врачами.

Также необходимо обратить внимание на показатели находящиеся ниже среднекраевого уровня: объемы стационарной и скорой медицинской помощи на 1 человека, обеспеченность средним медицинским персоналом, обеспеченность взрослого населения высокотехнологичной медицинской помощью, соотношение врачей и среднего медицинского персонала.

По результатам анализа реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2005, 2006, 2007 гг. можно сделать выводы, что средняя заработная плата по отрасли здравоохранения в 2006 году составила 5 726,75 руб., по сравнению с 2005 годом — 5 208,12 руб., прирост составил 10%. Среднемесячная заработная плата по муниципальным учреждениям Краснодарского края в 2007 году составила 7 061,29 рублей, прирост составляет 141,4% (по сравнению с 4-м кварталом 2005 года).

Рассмотренные показатели иллюстрируют, что современный МУЗ является сложной системой организационного управления. Сложность порождается, прежде всего, разнообразным характером его включающей большое количество медицинских видов деятельности и целый ряд обслуживающих видов деятельности. Причем, все направления



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 совпадение 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, а 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;

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 МУЗа 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 МУЗа должны постоянно получать информацию следующего характера:

- какова структура доходов МУЗа (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;

- 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, создается 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.

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 МУЗа 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 МУЗа должны постоянно получать информацию следующего характера:

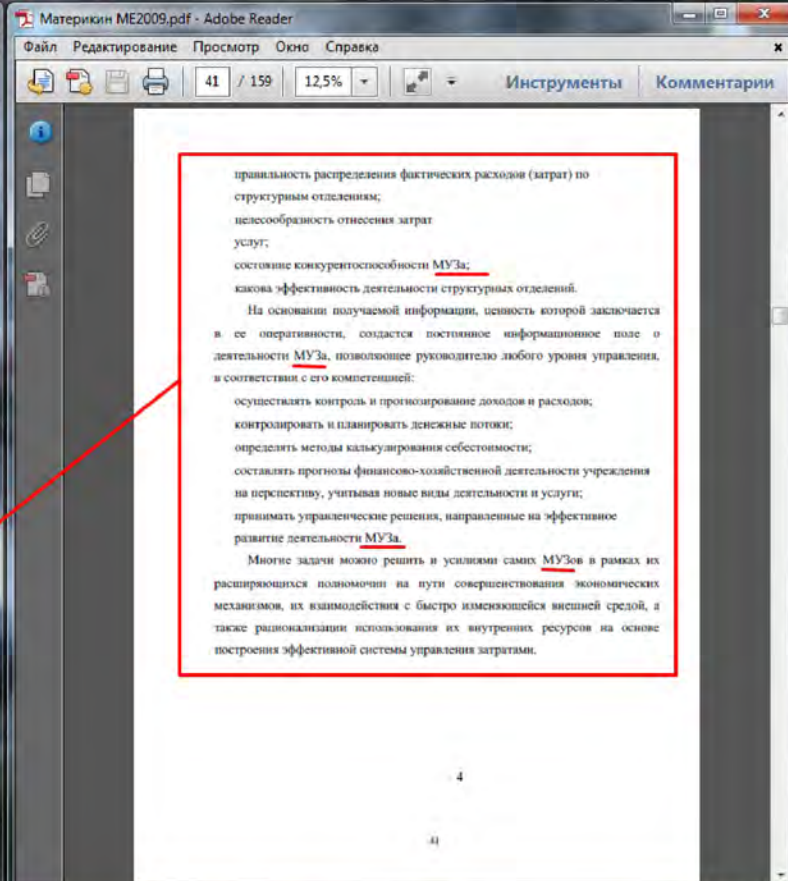
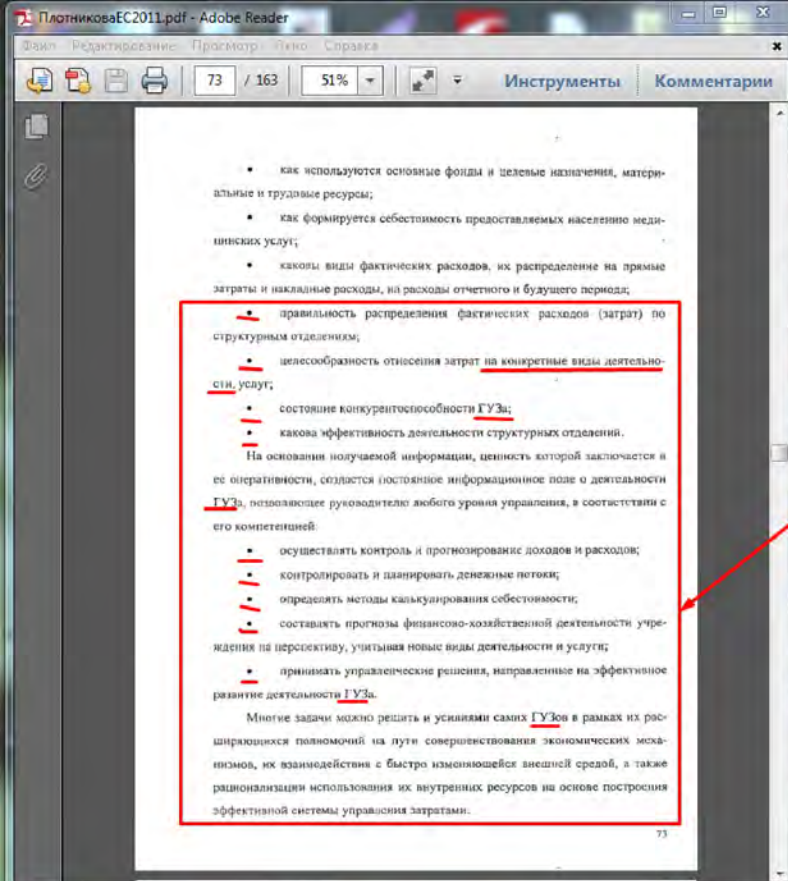
какова структура доходов МУЗа (по бюджетной и внебюджетной деятельности);

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;



и результатов.

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

Учитывая сложность положения, в котором оказались ГУЗы страны, построение эффективной системы управления затратами МУЗа 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 МУЗа ставит перед системой управления следующие задачи:

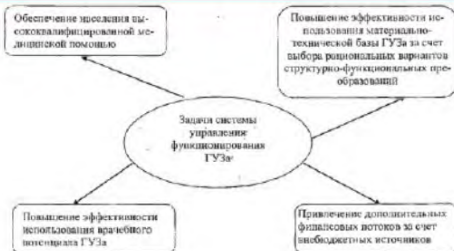


Рис. 2.4. Задачи системы управления функционирования МУЗа.

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

2 Формирование системы управления затратами МУЗа

2.1 Построение системы целей, задач и функций системы управления затратами МУЗа

Учитывая сложность положения, в котором оказались МУЗы страны, построение эффективной системы управления затратами МУЗа 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 МУЗа ставит перед системой управления следующие задачи:

обеспечение населения высококвалифицированной медицинской помощью;
 повышение эффективности использования врачебного потенциала МУЗа;
 повышение эффективности использования материально-технической базы МУЗа за счет выбора рациональных вариантов структурно-функциональных преобразований;
 привлечение дополнительных финансовых потоков за счет внебюджетных источников.

Реализация перечисленных задач системы управления невозможна без их интеграции в стратегические цели МУЗа. В свою очередь МУЗы, получившие право самостоятельного ведения внебюджетной деятельности, включились в рыночные отношения как коммерческие предприятия. Данное обстоятельство обязывает МУЗы формировать рыночную стратегию, а также преобразовывать свою структуру в зависимости от сложившихся условий

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:

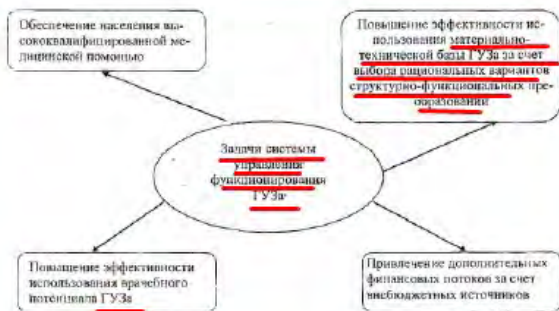


Рис. 2.4. Задачи системы управления функционирования ГУЗа.

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 обязывает

2 Формирование системы управления затратами МУЗа

2.1 Построение системы целей, задач и функций системы управления затратами МУЗа

Учитывая сложность положения, в котором оказались МУЗы страны, построение эффективной системы управления затратами МУЗа 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 МУЗа ставит перед системой управления следующие задачи:

обеспечение населения высококвалифицированной медицинской помощью;
 повышение эффективности использования врачебного потенциала МУЗа;
 повышение эффективности использования материально-технической базы МУЗа за счет выбора рациональных вариантов структурно-функциональных преобразований;
 привлечение дополнительных финансовых потоков за счет внебюджетных источников.

Реализация перечисленных задач системы управления невозможна без их интеграции в стратегические цели МУЗа. В свою очередь МУЗы, получившие право самостоятельного ведения внебюджетной деятельности, включились в рыночные отношения как коммерческие предприятия. Данное обстоятельство обязывает МУЗы формировать рыночную стратегию, а также преобразовывать свою структуру в зависимости от сложившихся условий

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.

Основные цели и стратегии управления затратами ГУЗа

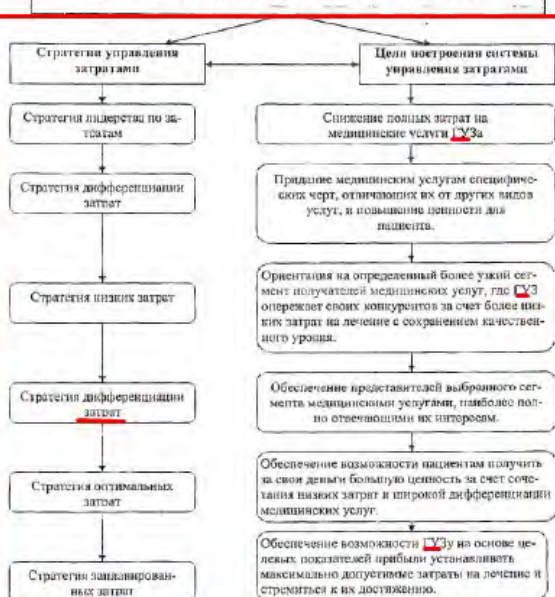


Рис. 2.5. Соотношение стратегий и целей управления затратами ГУЗа

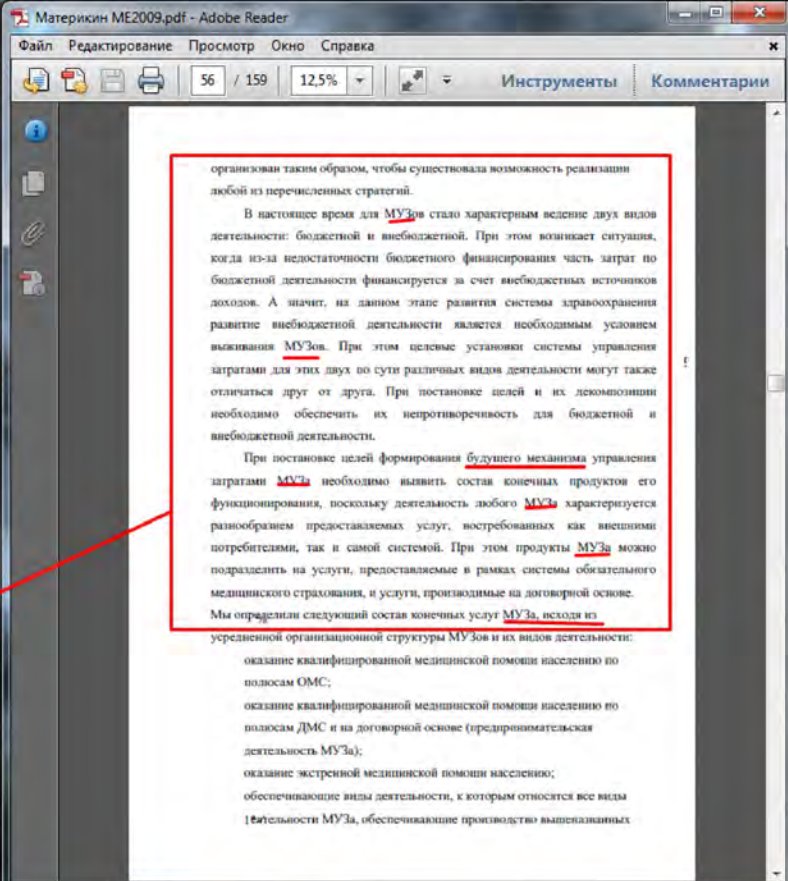
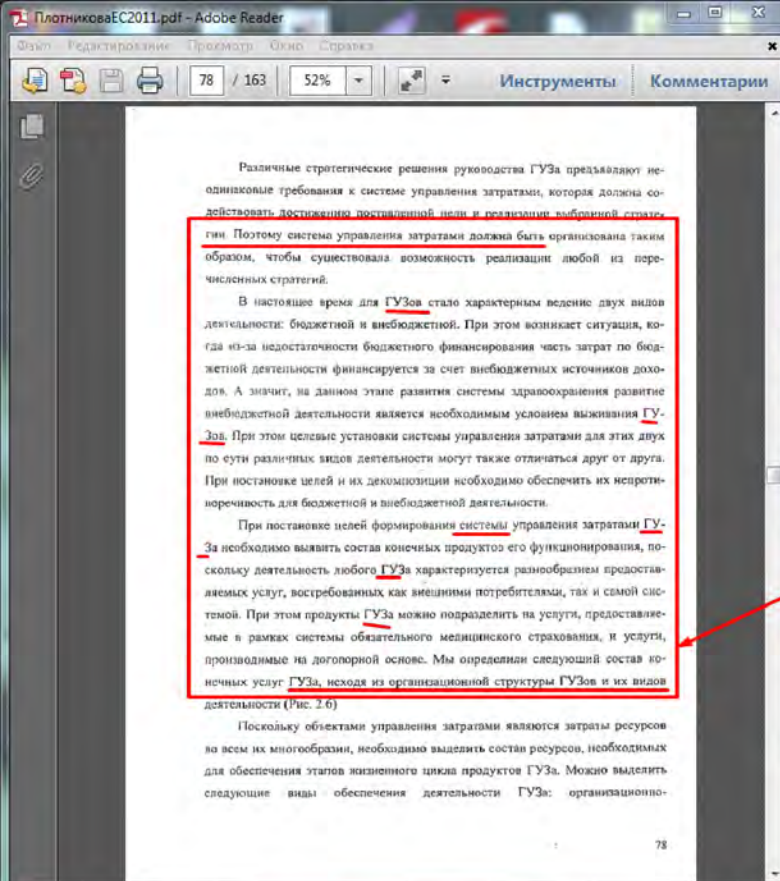
хозяйствования. Сосредоточение руководства МУЗа на какой-либо из перечисленных ниже стратегий (таблица 2.1.1) определяет генеральную цель МУЗа в области управления затратами.

Таблица 2.1.1 - Сочетание стратегий и целей управления затратами МУЗа¹⁷

Стратегия управления затратами	Генеральная цель построения системы управления затратами
Стратегия лидерства по затратам	Снижение полных затрат на медицинские услуги МУЗа
Стратегия дифференциации затрат	Придание медицинским услугам специфических черт, отличающих их от других видов услуг, и повышение ценности для пациента.
Сфокусированная стратегия низких затрат	Ориентация на определенный более узкий сегмент получателей медицинских услуг, где МУЗ опережает своих конкурентов за счет более низких затрат на лечение с уровнем.
Сфокусированная стратегия дифференциации	Обеспечение представителей выбранного сегмента медицинскими услугами, наиболее полно отвечающими их интересам.
Стратегия оптимальных затрат	Обеспечение возможности пациентам получить за свои деньги большую ценность за счет сочетания низких затрат и широкой дифференциации медицинских услуг.
Стратегия запланированных затрат	Обеспечение возможности МУЗу на основе целевых показателей прибыли устанавливать максимально допустимые затраты на лечение и стремиться к их достижению.

Различные стратегические решения руководства МУЗа предъявляют неодинаковые требования к системе управления затратами, которая должна содействовать достижению поставленной цели и реализации выбранной стратегии. Поэтому механизм управления затратами должен быть

¹⁷ Источник: авторский



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

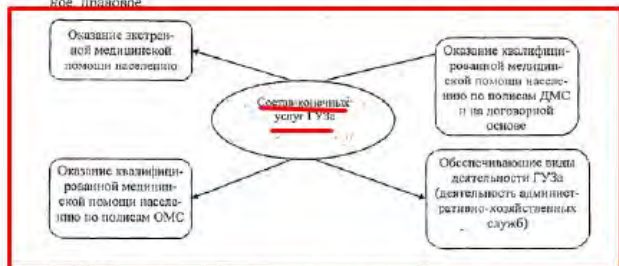


Рис. 2.6. Состав услуг ГУЗа на основе организационной структуры.

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 взаимосвязки. 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, выдать прямые издержки с целью по-

хозяйственной деятельности. Такая классификация центров ответственности помогает разграничить ответственность за затраты, возникающие в различных отделениях, и определить формат бюджетов затрат, составляемых для данных отделений. Данные центры ответственности характеризуются наличием следующих признаков: свои виды оказываемых услуг, локализация в центре ответственности планово-учетных функций, ответственность за результаты деятельности, один руководитель, внутренний контроль, устойчивые связи с МУЗом, отчетность непосредственно перед руководством МУЗа.

Такое разделение необходимо для правильного расчета себестоимости предоставления медицинских услуг. Затраты основных центров ответственности можно прямо отнести на ту или иную услугу, тогда как затраты вспомогательных центров ответственности являются косвенными, и решение об их распределении и включении в себестоимость различных услуг, либо возмещении из выручки, принимается, исходя из системы учета (по полной или усеченной себестоимости), используемой в ГУЗе. Чтобы разделить все центры МУЗа по функциональному признаку, необходимо определить номенклатуру оказываемых МУЗом услуг. Для среднестатистического российского МУЗа виды продукции и услуг следующие:

- оказание квалифицированной медицинской помощи населению по полисам ОМС;
- оказание квалифицированной медицинской помощи населению по полисам ДМС и на договорной основе (предпринимательская деятельность МУЗа);
- оказание экстренной медицинской помощи населению;
- обеспечивающие виды деятельности, к которым относятся все виды деятельности МУЗа, обеспечивающие производство вышеназванных продуктов и услуг (продукты деятельности административно-хозяйственных служб МУЗа).

ПлотниковаEC2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

79 / 163 52%

Инструменты Комментарии

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

Оказание экстренной медицинской помощи пациентам

Оказание квалифицированной медицинской помощи населению по показаниям ДМС и по договорной основе

Состав основных услуг ГУЗа

Обеспечение видов деятельности ГУЗа (деятельность административно-хозяйственных служб)

Оказание квалифицированной медицинской помощи населению по показаниям ОМС

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 рассматриваться 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 взаимосвязки. 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 по-

79

Материалы МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

58 / 159 12,5%

Инструменты Комментарии

необходимых для обеспечения этапов жизненного цикла продуктов МУЗа. Можно выделить следующие виды обеспечения деятельности МУЗа:

- организационно-техническое;
- материально-техническое;
- финансовое;
- кадровое;
- информационное;
- правовое.

При построении дерева целей МУЗа 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 МУЗе системы бюджетирования может рассматриваться как первый шаг на пути к управлению затратами. В свою очередь внедрение бюджетирования в МУЗе является основой для выделения в его организационной структуре центров ответственности при сохранении их технологической взаимосвязки. Поскольку организация управления затратами на основе выделения центров ответственности предполагает их относительную самостоятельность в постановке целей, то следующим основанием для декомпозиции может служить структура центров ответственности МУЗа (подробнее в параграфе 2.2.). Однако следует отметить, что эти цели должны быть взаимосвязаны и не противоречить генеральной цели развития МУЗа.

Таким образом, можно построить формализованную структуру целей МУЗа, представленную на рисунке 2.1.2.

58

ного их включения в себестоимость услуги, а также соотнести возникающие производительные 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.

2.2 Построение эффективной системы управления затратами МУЗа.

Одним из главных преимуществ при развитии и усилении конкуренции на рынке медицинских услуг становится снижение их себестоимости при сохранении высокого уровня качества, которое в свою очередь становится главным конкурентным преимуществом. При переходе к решительным административным действиям по снижению затрат МУЗа необходимо их правильно посчитать и распределить между различными видами деятельности, а также отделениями МУЗа.

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 МУЗа имеет неоспоримое значение при необходимости быстрого реагирования на изменяющуюся рыночную ситуацию

В настоящее время большое распространение получил такой подход к построению структуры управления затратами, как разделение предприятия на центры ответственности [1, 5, 71 и др.]. Данный подход позволяет закрепить за определенными отделениями полномочия по управлению затратами, выявить прямые издержки с целью полного их включения в себестоимость услуги, а также соотнести возникающие производительные затраты с ответственностью за них конкретных лиц.

По нашему мнению построение структуры управления затратами на основе выделения в МУЗе центров ответственности является необходимым условием построения эффективной системы управления затратами МУЗа.

В литературе, посвященной управлению затратами, обращается внимание на тот факт, что управление затратами на предприятии,

ного их включения в себестоимость услуги, а также соотности возникающие воспроизводимые 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.

включающем в себя множество подразделений, осуществляющих различную по своей технологии деятельность, невозможно без внедрения системы бюджетирования центров ответственности. Поскольку МУЗы РФ относятся именно к таким организациям, в диссертационном исследовании предлагается новая структура управления затратами, основанная на выделении 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 МУЗа получает возможность контролировать затраты и доходы отделений и фиксировать результаты их работы с целью эффективного управления МУЗом.

Центром ответственности признается функционально, технологически и организационно обособленное структурное подразделение МУЗа, 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 МУЗе выделяют три типа центров ответственности: центр затрат, центр прибыли и центр инвестиций. Описание и сравнительная характеристика выделенных типов ЦО представлена в таблице 2.2.1.

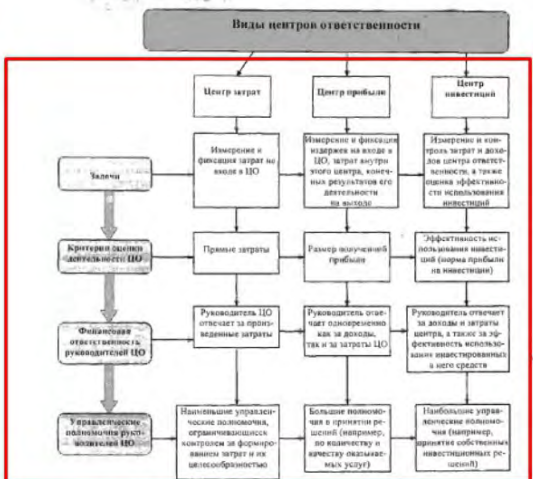


Рис. 2.7. Сравнительная характеристика центров ответственности

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.]

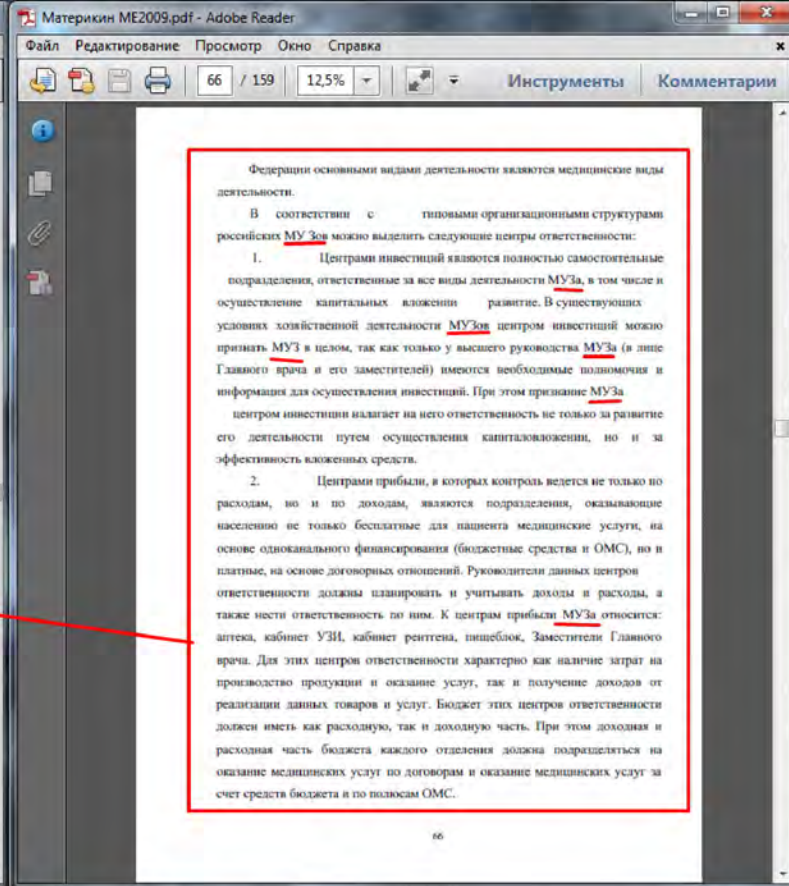
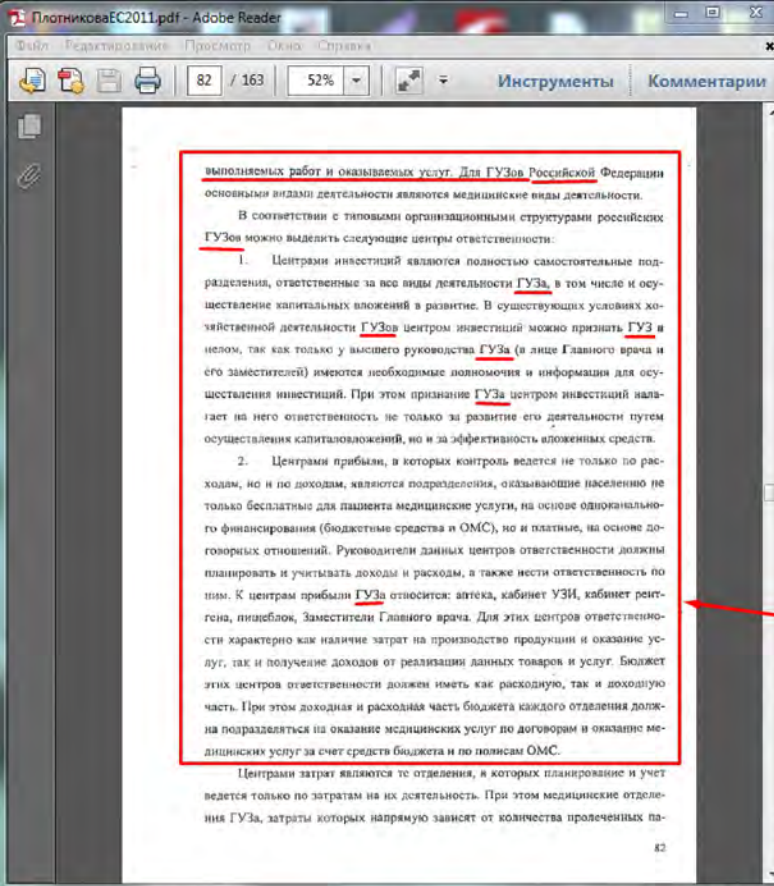
В литературе, посвященной бюджетированию [12, 20, 123 и др.], основным моментом при выделении центров ответственности является выявление всех видов деятельности предприятия, а также видов производимой продукции,

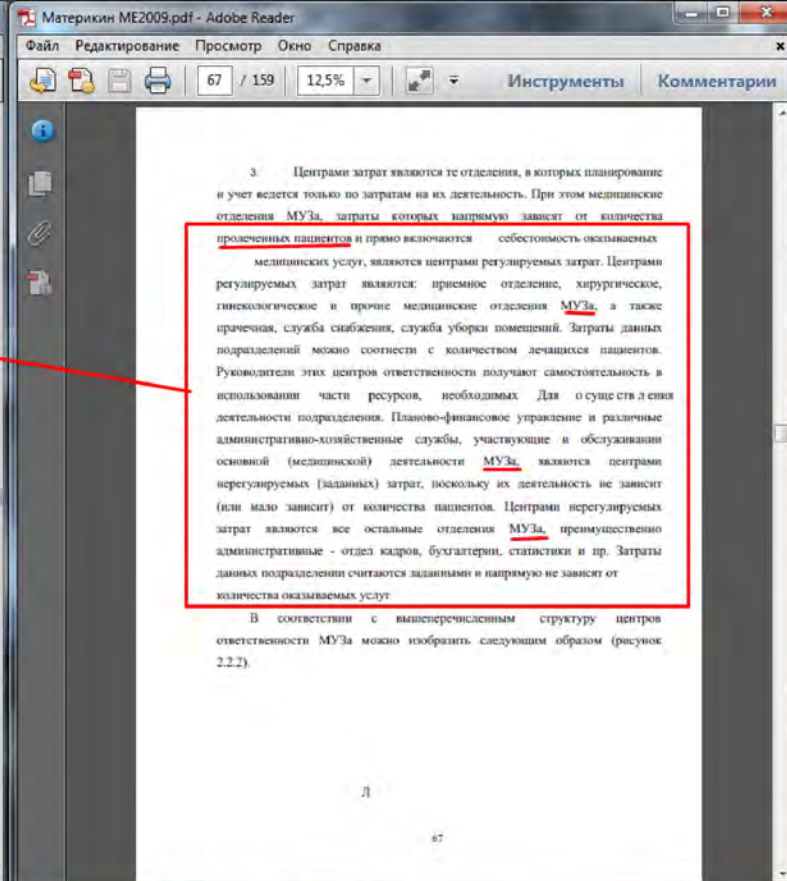
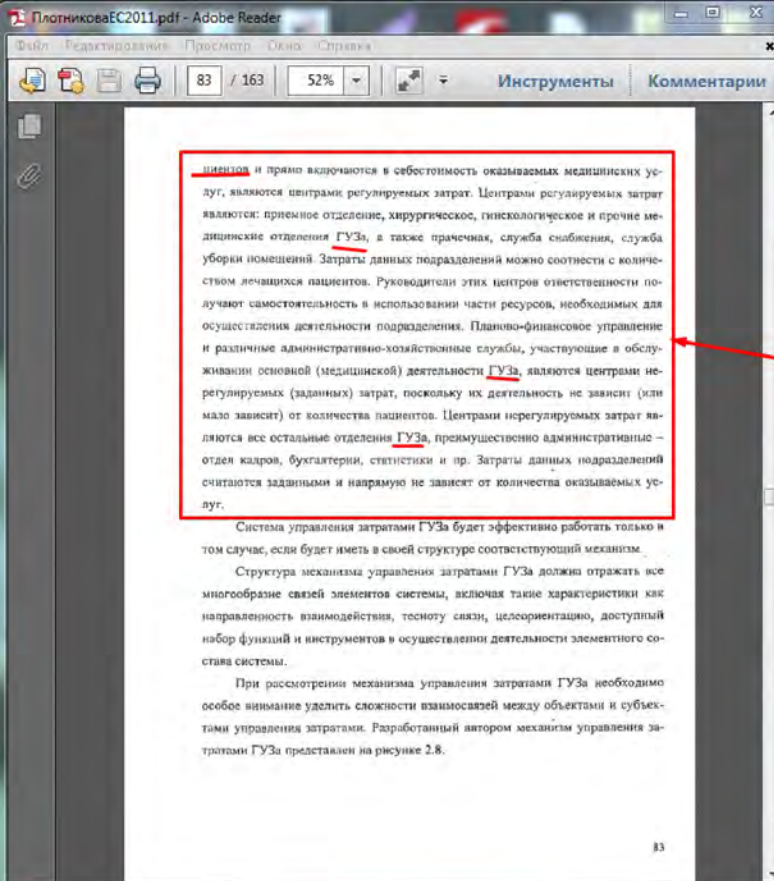
Таблица 2.2.1 - Сравнительная характеристика центров ответственности ²⁰

Типы ЦО	Задачи управленческого ЦО	Критерии оценки деятельности ЦО	Виды функциональной ответственности руководителей ЦО	Управленческие полномочия руководителей ЦО	Примечания
Центр затрат	Измерение и фискация затрат на входе в ЦО	Прямые затраты	Руководитель ЦО отвечает за произведенные затраты	Наименьшее управленческое вмешательство, ограничивающееся контролем на формирование затрат в их целесообразности	Центры затрат могут быть обособленными или входить в состав других ЦО
Центр прибыли	Измерение и фискация затрат на входе в ЦО, затрат активности этого центра, конечные результаты его деятельности на выходе	Размер полученной прибыли	Руководитель отвечает за доходы, так и за затраты ЦО	Большое вмешательство в принятии решений (например, по качеству и цене оказываемой услуги)	Количество центров прибыли зависит от системы организационного управления
Центр инвестиций	Измерение и контроль затрат и доходов центра ответственности, а также оценка эффективности использования имеющихся в его распоряжении средств	Эффективность использования инвестиций (прибыль на инвестиции)	Руководитель отвечает за доходы и затраты центра, а также за эффективность использования инвестиций	Наибольшее управленческое вмешательство (например, принятие собственных инвестиционных решений)	Как правило, центр инвестиций - это орган власти в своем, а другим отделам - МУС

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 (Рисунок 2.2.1.) [2, 71, 72, 110 и др.]

²⁰ Источник: авторский





инфектов 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 соотносить 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.

3 Механизм управления затратами муниципального учреждения здравоохранения

3.1 Определение элементов механизма управления затратами МУЗа и их взаимодействие

Система управления затратами МУЗа представляет собой сложную систему, состоящую из множества взаимосвязанных между собой элементов, которые испытывают на себе воздействие окружающей среды. Кроме того система управления затратами МУЗа сама по себе является элементом более сложной системы управления МУЗом, и как часть этой системы выполняет определенные задачи (описано в параграфе 2.1).

Структура механизма управления затратами МУЗа 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.

Рассматривая механизм управления затратами МУЗа как средство достижения определенных целей, посредством которого из исходного состояния данная система переходит в новое, с качественно другими характеристиками, состояние, необходимо также уделить особое внимание эффективности процесса использования ресурсов в данной системе.

При рассмотрении механизма управления затратами МУЗа необходимо особое внимание уделить сложности взаимосвязей между объектами и субъектами управления затратами.

Разработанный автором механизм управления затратами МУЗа представлен на рисунке 3.1.1.

ПлотниковаЕС2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

85 / 163 52% Инструменты Комментарии

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 заключает 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.

85

Материалы МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

117 / 159 12,5% Инструменты Комментарии

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 МУЗа.

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

Заведующие отделений МУЗа 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) МУЗа от текущих проблем, тем самым, позволяя ему сосредоточиться на стратегическом управлении, что повышает конкурентоспособность МУЗа.

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

117

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 отделений 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 общем 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.

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

Организация управления затратами на основе выделения в структуре МУЗа центров ответственности и, как следствие, разделение субъекта управления на три составляющих, ставит задачу разграничения функций между различными уровнями управления МУЗа.

Нами предлагается следующее распределение функций между уровнями управления МУЗом (рисунок 3.1.2).

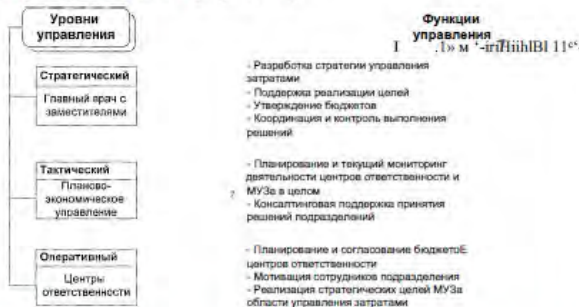
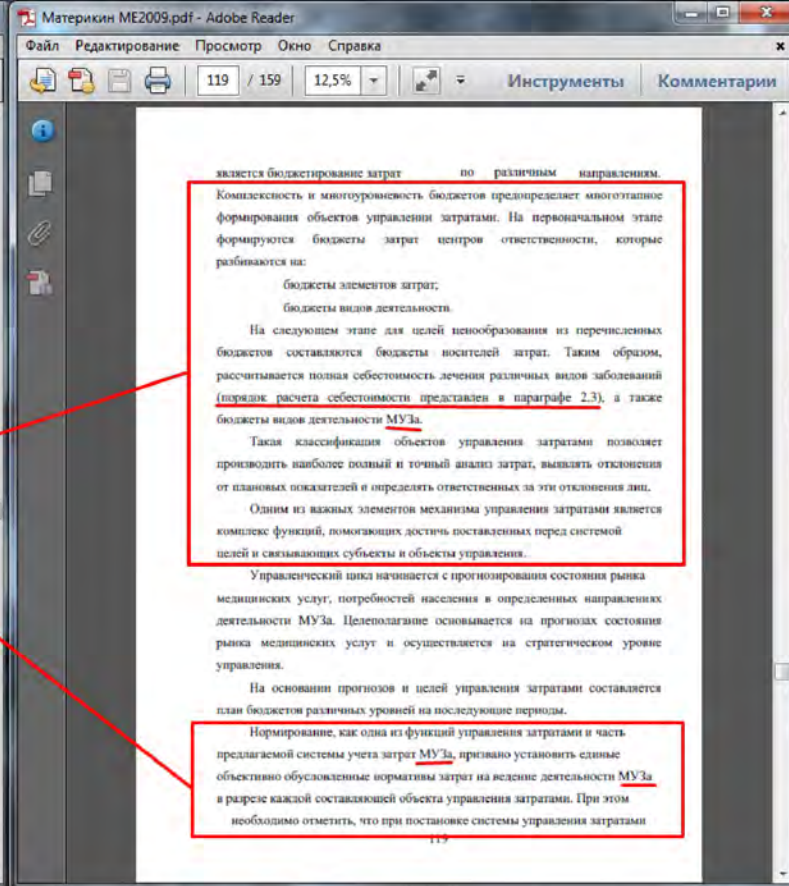
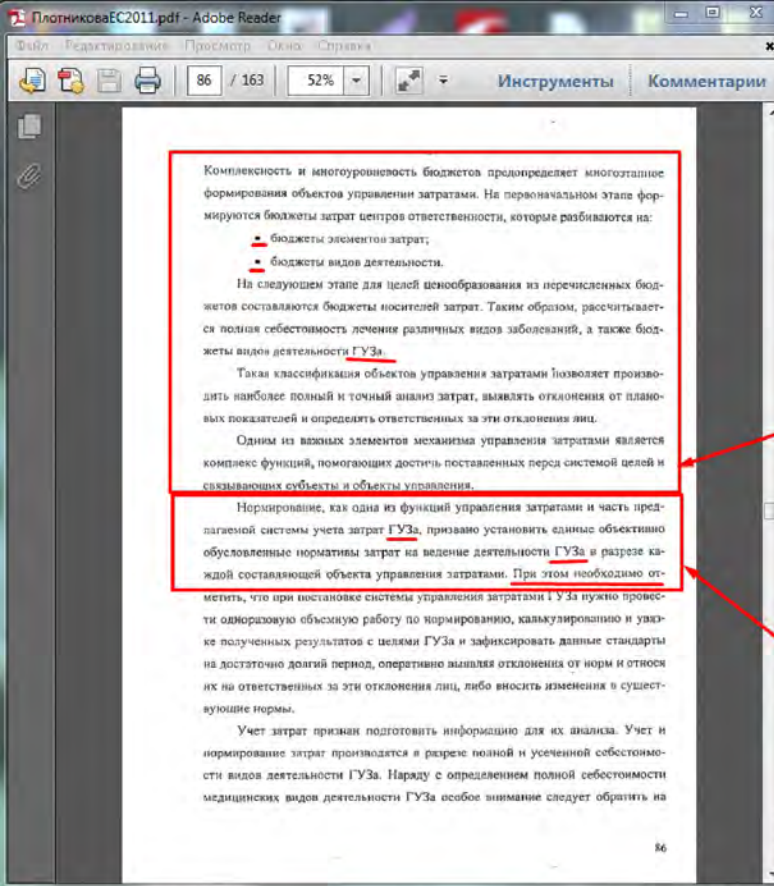
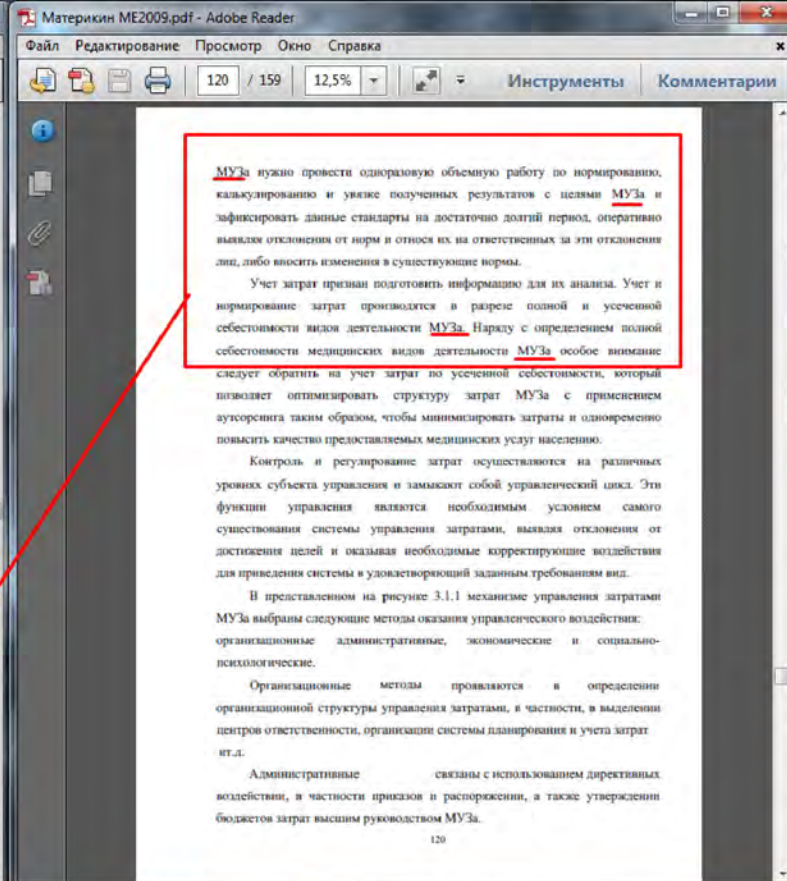
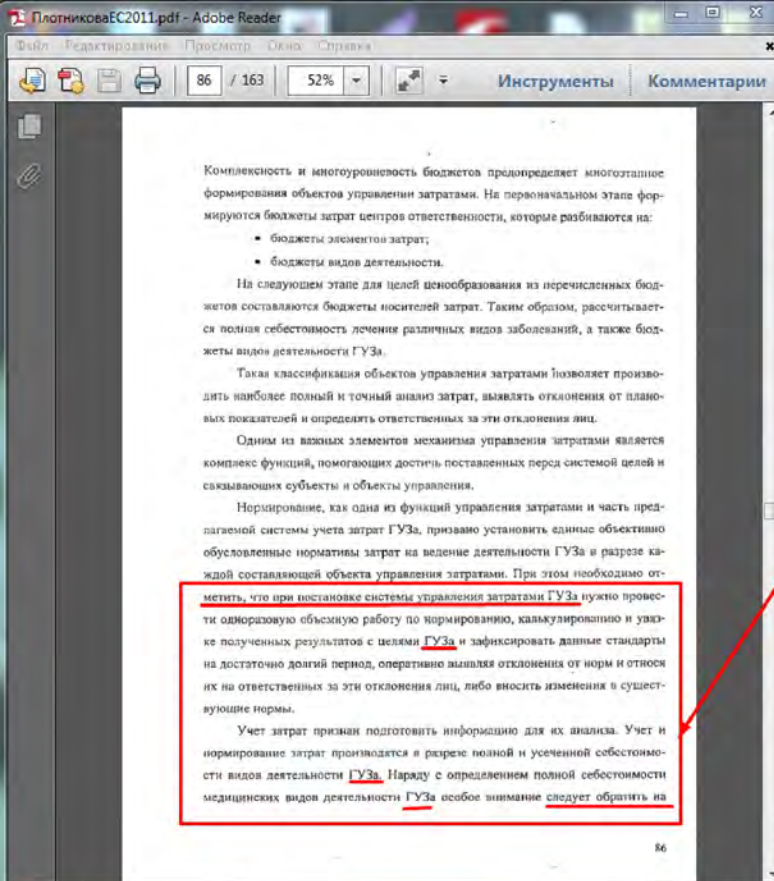
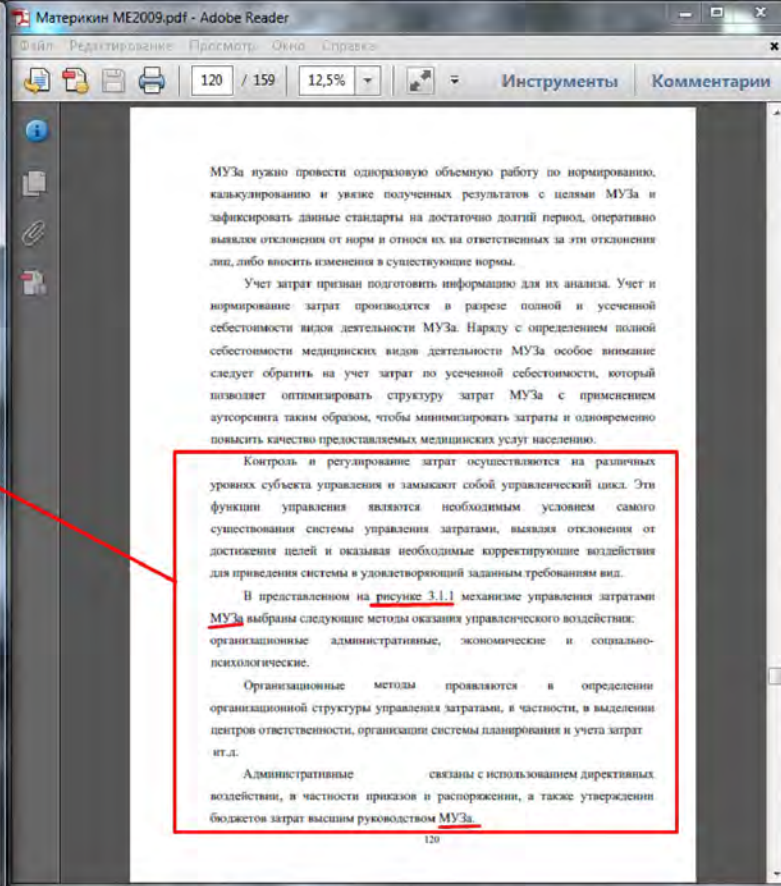
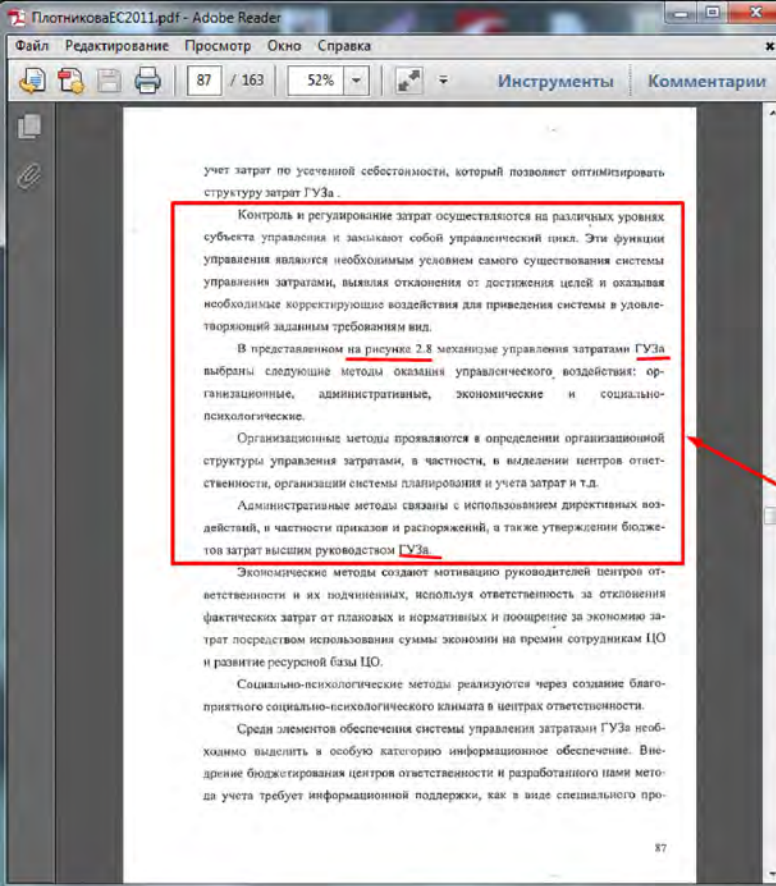


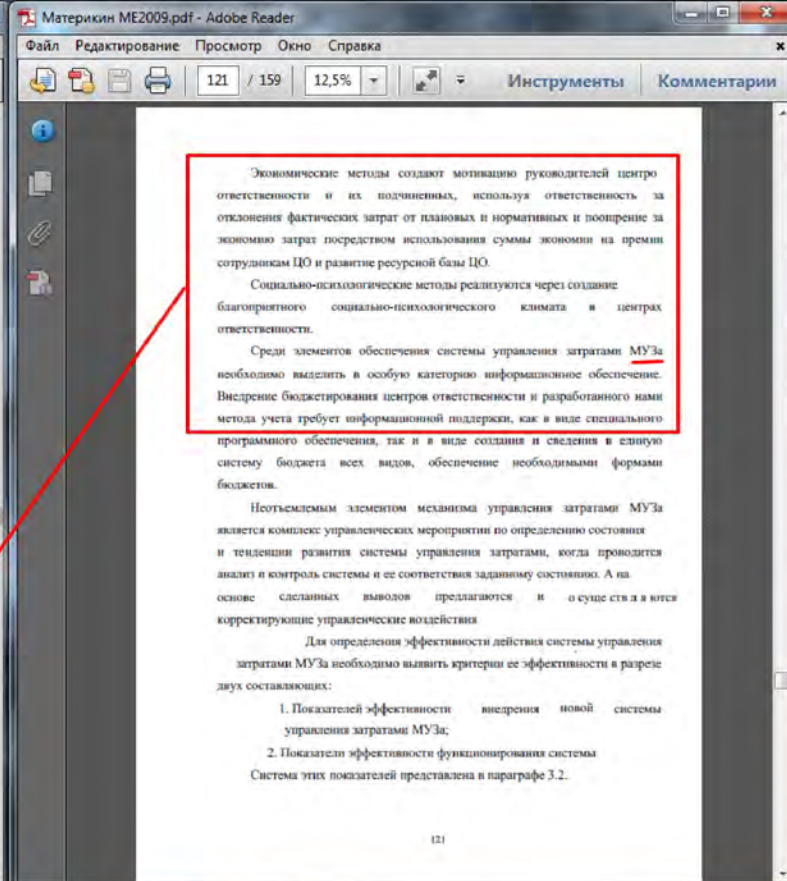
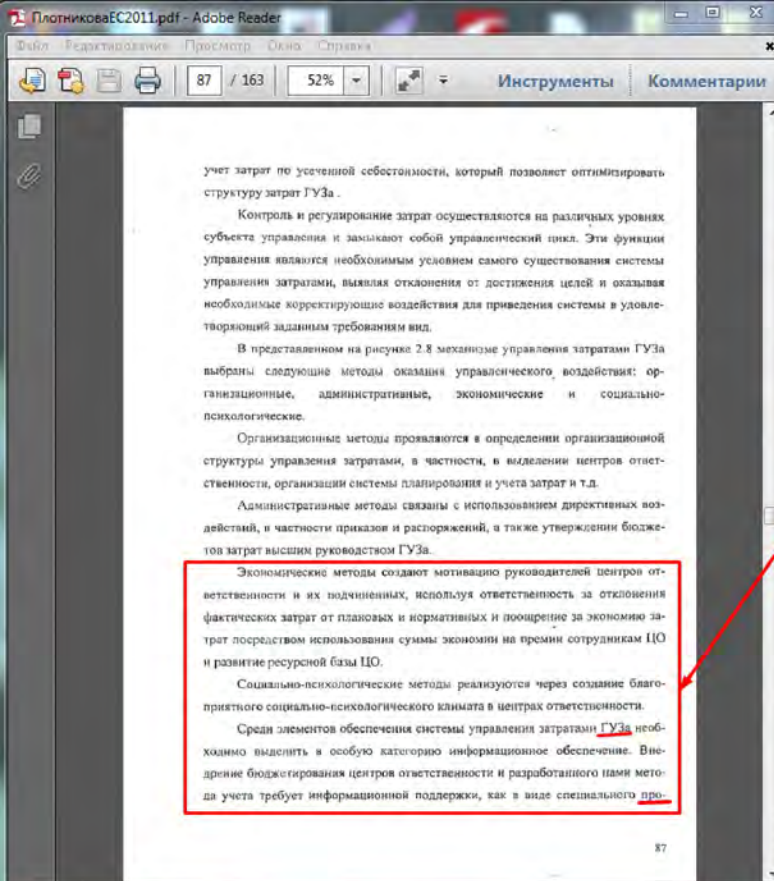
Рисунок 3.1.2 - Распределение функций между уровнями управления МУЗом ¹¹⁸

Традиционно объектами управления затратами являются затраты во всем их разнообразии [56, 96, 91 и др.]. В представленной выше схеме механизма управления затратами МУЗа объекты управления характеризуются многообразием их состава и классификаций, а также сложностью взаимосвязей. Особенностью управления затратами МУЗа









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

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.

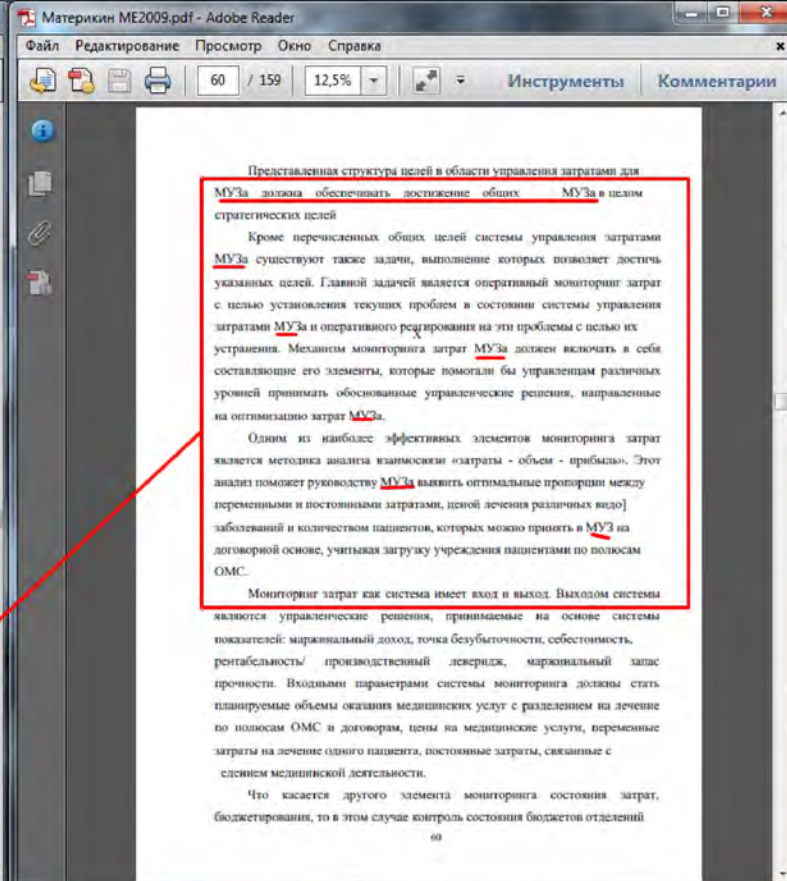
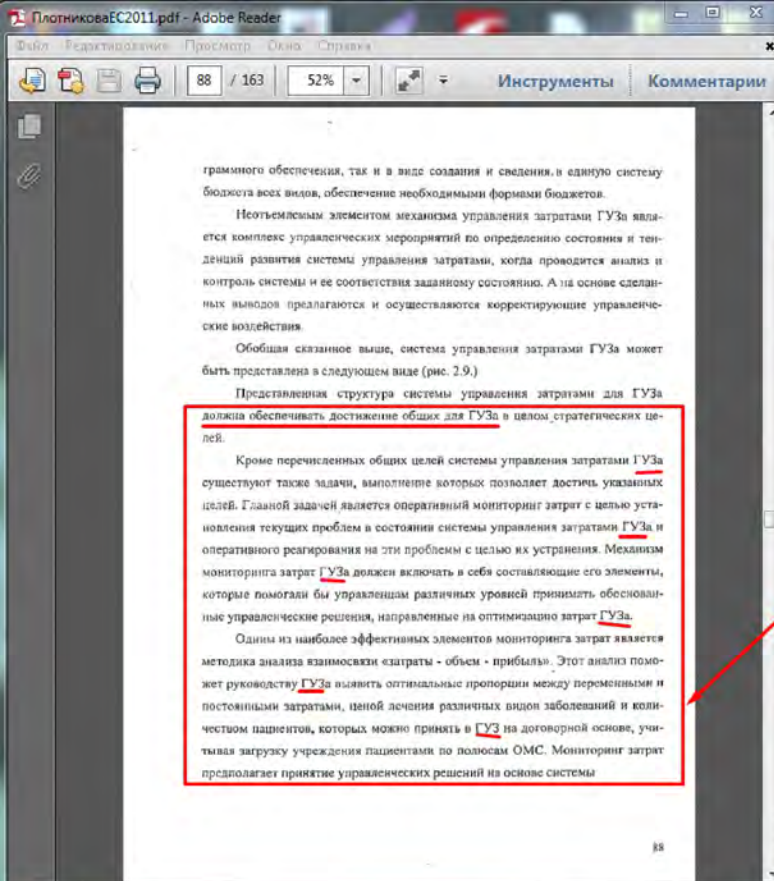
Среди элементов обеспечения системы управления затратами МУЗа необходимо выделить в особую категорию информационное обеспечение. Внедрение бюджетирования центров ответственности и разработанного нами метода учета требует информационной поддержки, как в виде специального программного обеспечения, так и в виде создания и сведения в единую систему бюджета всех видов, обеспечение необходимыми формами бюджетов.

Неотъемлемым элементом механизма управления затратами МУЗа является комплекс управленческих мероприятий по определению состояния и тенденции 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.

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

1. Показателей эффективности внедрения новой системы управления затратами МУЗа;
2. Показатели эффективности функционирования системы

Система этих показателей представлена в параграфе 3.2.



ПлотниковаEC2011.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ПлотниковаEC... x ? Войти

90 / 163 51% Общий

показателей : маржинальный доход, точка безубыточности, себестоимость, рентабельность, запас финансовой прочности (дефицита). Источниками для расчета 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 предполагают необходимость изменения централизованной структуры управления ГУЗом в сторону разумной децентрализации функций управления, «на местах». Например, с задачей мотивации сотрудников отделения, имея дос-

90

219,8 x 298,4 мм

Материкин ME2009.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты Материкин ME200... x ? Войти

60 / 159 12,6% Общий

Представленная структура целей в области управления затратами для МУЗа должна обеспечивать достижение общих МУЗа в целом стратегических целей

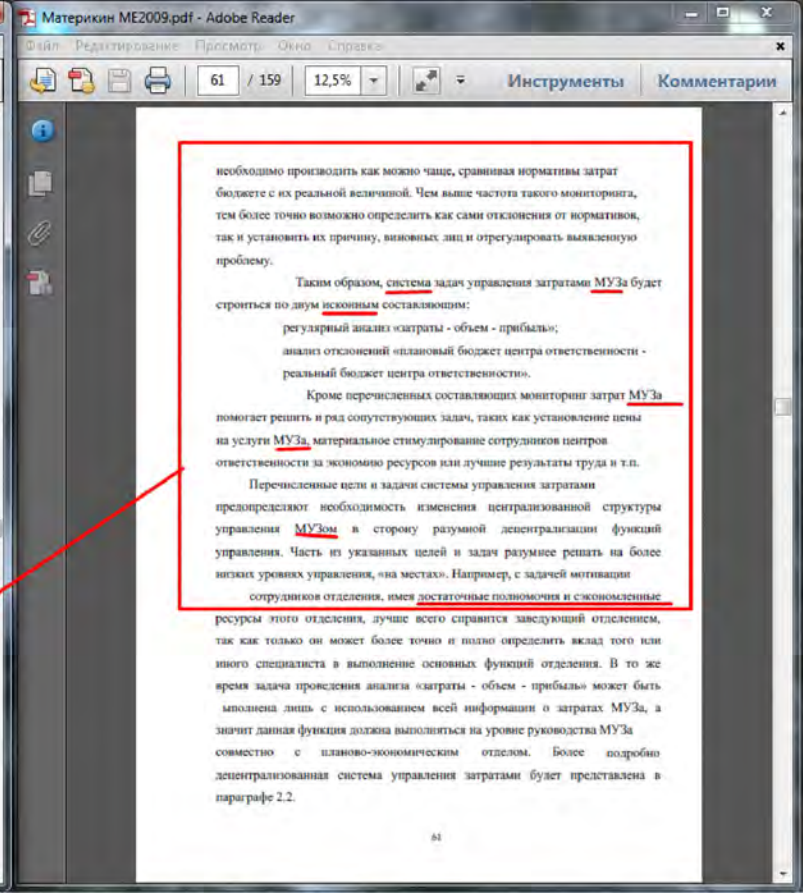
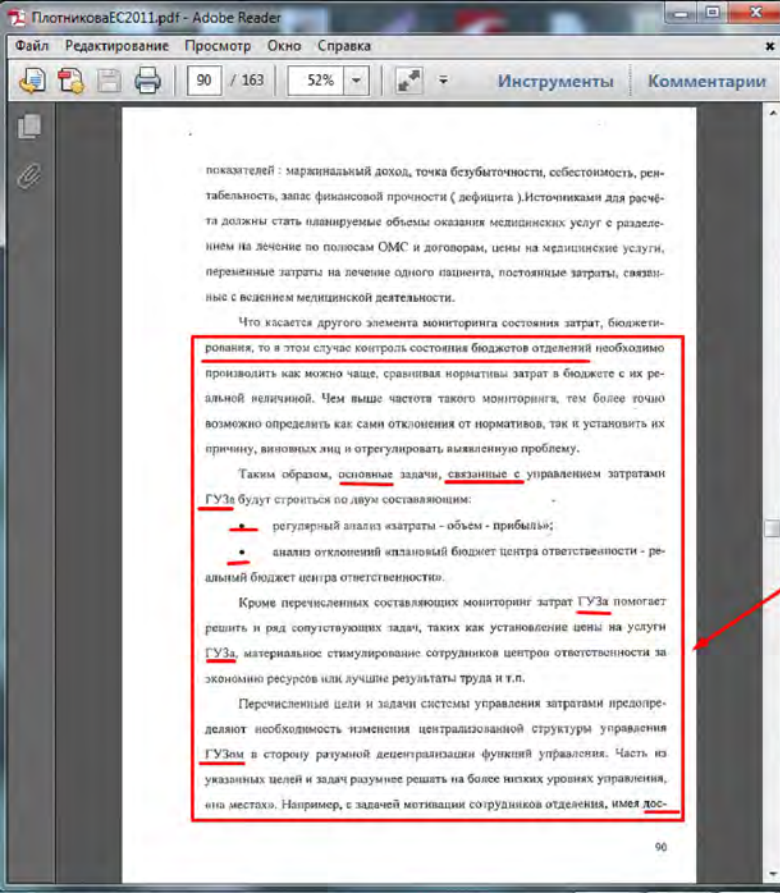
Кроме перечисленных общих целей системы управления затратами МУЗа существуют также задачи, выполнение которых позволяет достичь указанных целей. Главной задачей является оперативный мониторинг затрат с целью установления текущих проблем в состоянии системы управления затратами МУЗа и оперативного реагирования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

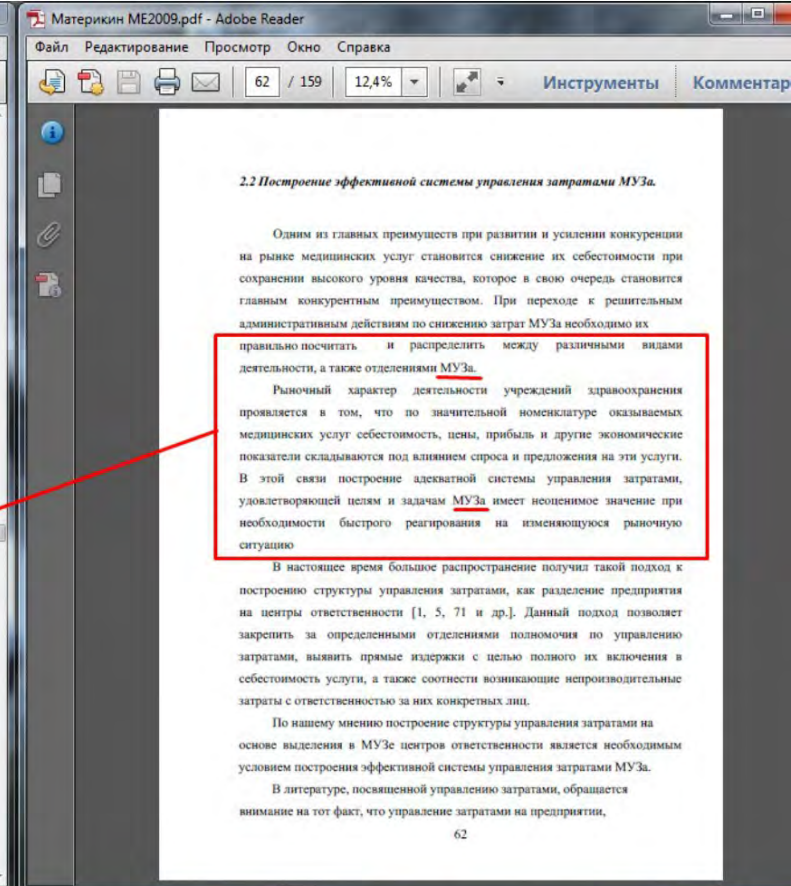
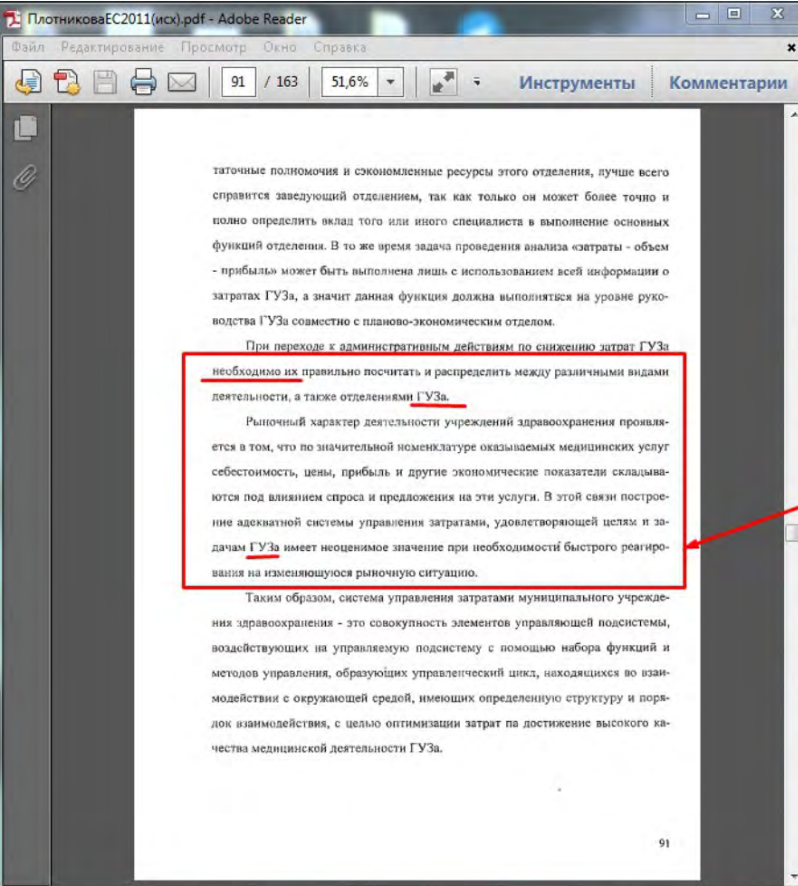
Одним из наиболее эффективных элементов мониторинга затрат является методика анализа взаимосвязи «затраты - объем - прибыль». Этот анализ поможет руководству МУЗа выявить оптимальные пропорции между переменными и постоянными затратами, ценой лечения различных видов заболеваний и количеством пациентов,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

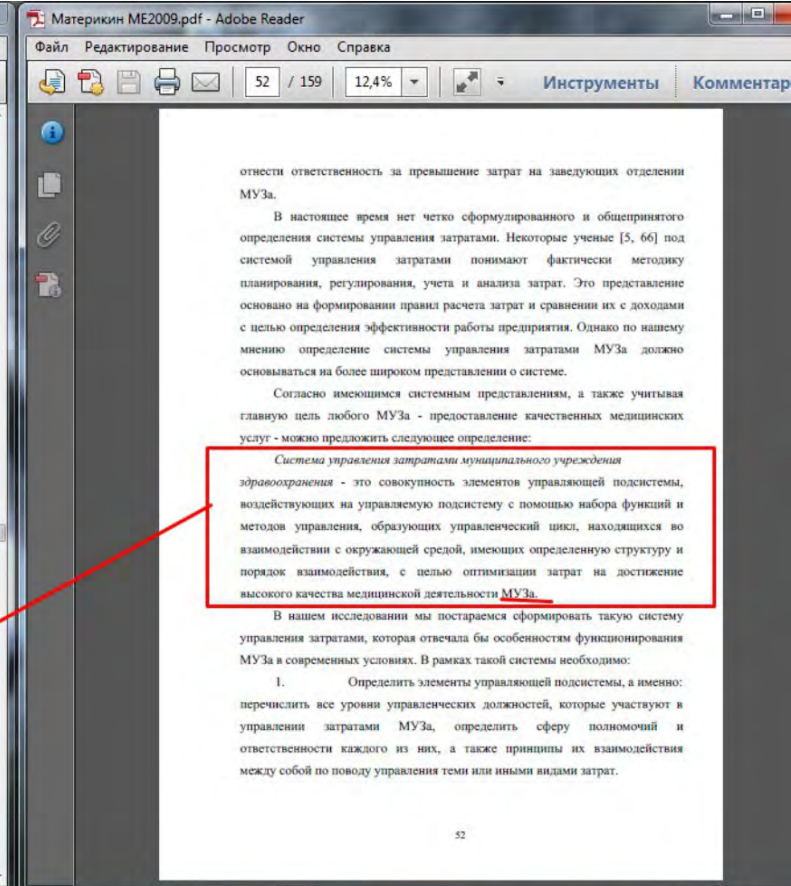
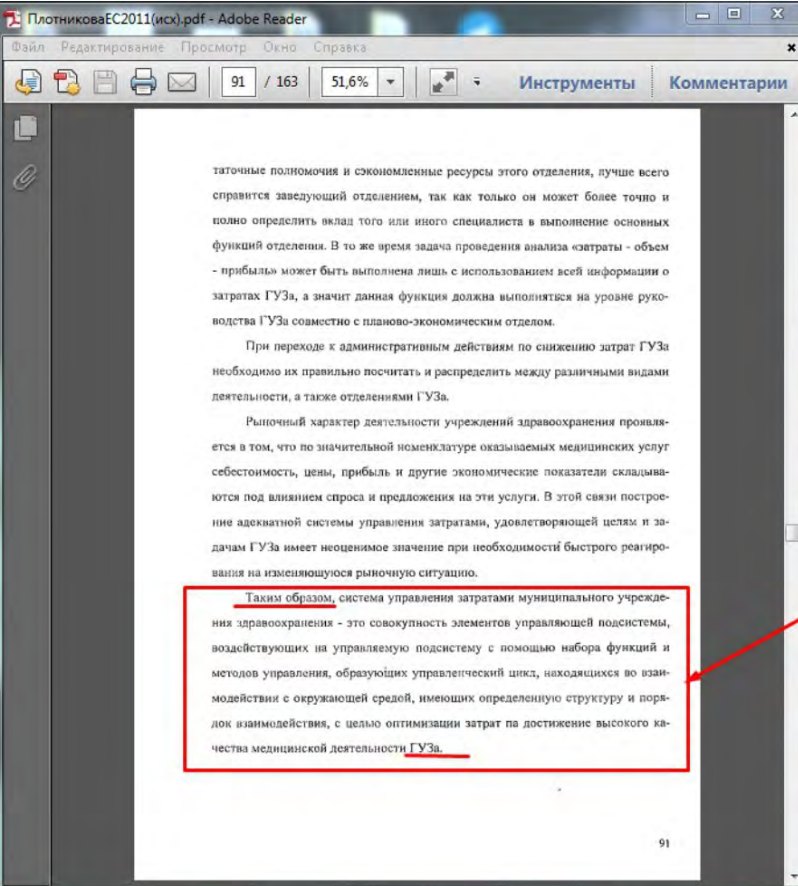
Мониторинг затрат как система имеет вход и выход. Выходом системы являются управленческие решения, принимаемые на основе системы показателей: маржинальный доход, точка безубыточности, себестоимость, рентабельность/ производственный леверидж, маржинальный запас прочности. Входными параметрами системы мониторинга 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

60







ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

92 / 163 51,6%

Инструменты Комментарии

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 которыми 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, особенно предлагаемой методикой 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.

92

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

70 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

Таким образом, основными для услуг «оказание различных видов медицинской помощи населению» центрами ответственности будут являться медицинские отделения МУЗа, а обслуживающими центрами ответственности являются все административно-хозяйственные службы. Причем для каждого центра ответственности характерно наличие одного или нескольких видов деятельности, оказываемых услуг.

Для построения эффективной системы управления затратами огромное значение имеет правильный выбор метода или методов учета затрат. В первую очередь, метод учета затрат в МУЗе должен решать задачу корректного и точного определения себестоимости универсального носителя затрат. Под носителем затрат МУЗа 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 МУЗе ставится задача определения себестоимости медицинских и немедицинских МУЗа которые выполняет учреждение, для построения методики оптимизации структуры затрат МУЗа с применением аутсорсинговой стратегии. 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 гибридный метод управления затратами МУЗа, основанный на вышеперечисленных методах.

Предлагаемый метод управления затратами позволяет учитывать затраты в полном объеме в разрезе статей калькуляции, центров

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 которыми 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.

ответственности, а также видов деятельности МУЗа. Кроме того, особенностью предлагаемого метода является обширная система показателей (драйверов), пропорционально которым каждая статья накладных расходов с учетом ее специфики относится на носитель затрат. Это позволяет определить полную себестоимость объекта калькуляции с высокой степенью точности. Кроме того, данная система учета затрат будет служить фундаментом для построения метода оптимизации структуры затрат муниципального учреждения здравоохранения с применением аутсорсинговой стратегии (параграф 2.3).

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

Данный метод позволит МУЗу оптимизировать планирование, нормирование, учет и контроль затрат. Кроме того, данный метод позволяет автоматизировать процесс управления затратами, что обеспечит быстрое и точное определение себестоимости любого носителя затрат. Нами предлагается поэтапная схема расчета себестоимости носителя затрат МУЗа (Рисунок 2.2.3).

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

93 / 163 51,6%

Инструменты Комментарий

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).

Методика инновационного управления затратами ГУЗа

Этапы	Задачи
1. Определение основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа	«Определение видов деятельности ГУЗа: основных и вспомогательных»
2. Участие центров ответственности в распределении затрат на основе показателей участия	«Определение сферы влияния ПОД на виды деятельности, распределение статей затрат ПОД между видами деятельности»
3. Расчет условной себестоимости каждого вида деятельности	«Определение коэффициентов статей затрат, дистрибуция статей затрат между видами деятельности»
4. Расчет полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа	«Определение коэффициентов видов деятельности ГУЗа, выделение себестоимости вспомогательных видов между основными видами деятельности, определение полной себестоимости основных видов деятельности ГУЗа»

Рис. 2.10. Методика инновационного управления затратами ГУЗа.

93

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

71 / 159 12,4%

Инструменты Комментарий

ответственности, а также видов деятельности МУЗа. Кроме того, особенностью предлагаемого метода является обширная система показателей (драйверов), пропорционально которым каждая статья накладных расходов с учетом ее специфики относится на носитель затрат. Это позволяет определить полную себестоимость объекта калькуляции с высокой степенью точности. Кроме того, данная система учета затрат будет служить фундаментом для построения метода оптимизации структуры затрат муниципального учреждения здравоохранения с применением аутсорсинговой стратегии (параграф 2.3).

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

Данный метод позволит МУЗу оптимизировать планирование, нормирование, учет и контроль затрат. Кроме того, данный метод позволяет автоматизировать процесс управления затратами, что обеспечит быстрое и точное определение себестоимости любого носителя затрат. Нами предлагается поэтапная схема расчета себестоимости носителя затрат МУЗа (Рисунок 2.2.3).

71

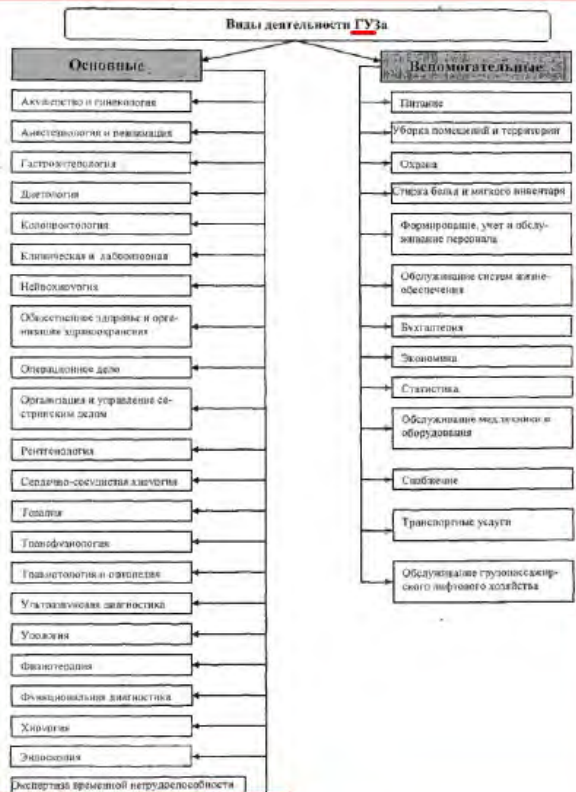


Рис. 2.11. Классификация видов деятельности МУЗа

Главной целью учреждения здравоохранения является, оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи населению, осуществляемой с применением современных лечебно-диагностических методов. Достижение основных задач МУЗа обеспечивается выполнением определенных видов медицинской деятельности, перечень которых закреплен в Уставе каждого МУЗа.

Вся деятельность МУЗа разделяется по видам: основные (медицинские) виды деятельности, в рамках которых оказывается медицинская помощь населению, и вспомогательные (немедицинские) виды деятельности, обеспечивающие возможность осуществления первых (Таблица 2.2.2).

Классификация видов деятельности МУЗа ²⁴

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

²⁴Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Уставов МУЗов.

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.

Главной целью учреждения здравоохранения является, оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи населению, осуществляемой с применением современных лечебно-диагностических методов. Достижение основных задач МУЗа обеспечивается выполнением определенных видов медицинской деятельности, перечень которых закреплен в Уставе каждого МУЗа.

Вся деятельность МУЗа разделяется по видам: основные (медицинские) виды деятельности, в рамках которых оказывается медицинская помощь населению, и вспомогательные (немедицинские) виды деятельности, обеспечивающие возможность осуществления первых (Таблица 2.2.2).

Классификация видов деятельности МУЗа²⁴

Основной вид деятельности МУЗа	Вспомогательный вид деятельности МУЗа
Медицинская деятельность:	Немедицинская деятельность:
Акушерство и гинекология	Питание
Анестезиология и реанимация	Уборка помещений и территории
Астрофизиология	Охрана
Дерматология	Стирка белья и мягкого инвентаря
Кожновенерология	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
Офтальмологическое дело	Снабжение
Организация сестринского дела	Транспортные услуги
Сестринское дело	Обслуживание группового лифтового хозяйства
Управление сестринской деятельностью	
Рентгенология	
Сердечно-сосудистая хирургия	
Терапия	
Травматология и ортопедия	
Трансфузиология	
Ультразвуковая диагностика	
Урология	
Физиотерапия	
Функциональная диагностика	
Хирургия	
Экспертиза временной нетрудоспособности	
Эпидемиология	
Фармацевтическая деятельность:	
Приобретение, хранение, отпуск и применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.	
Приобретение, хранение, перевозка, отпуск, использование наркотических средств.	

²⁴ Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Уставов МУЗов.

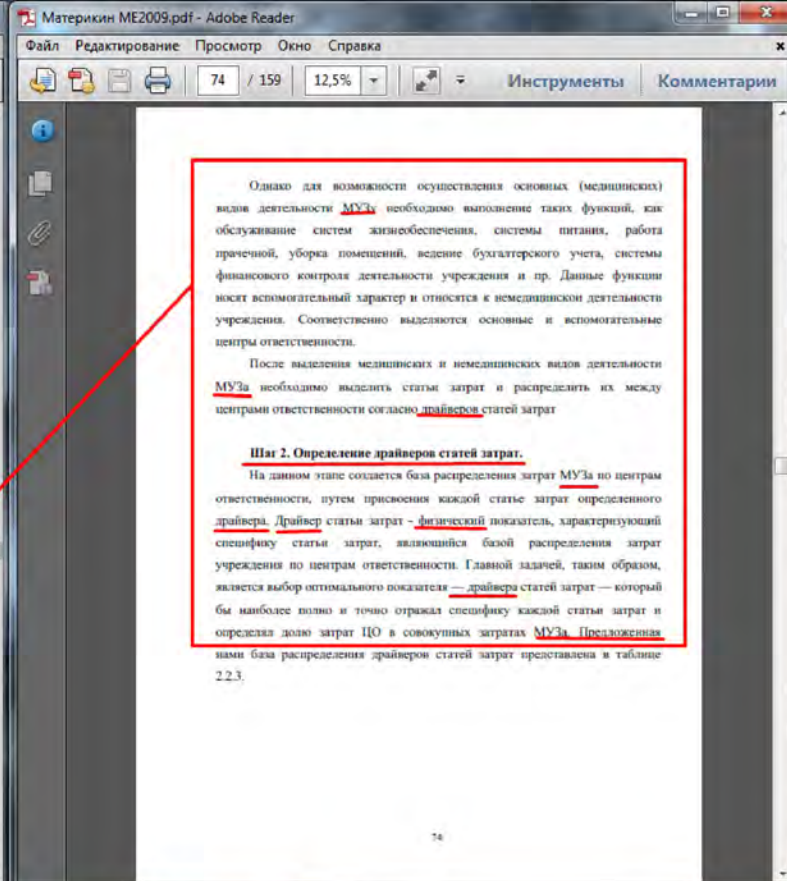
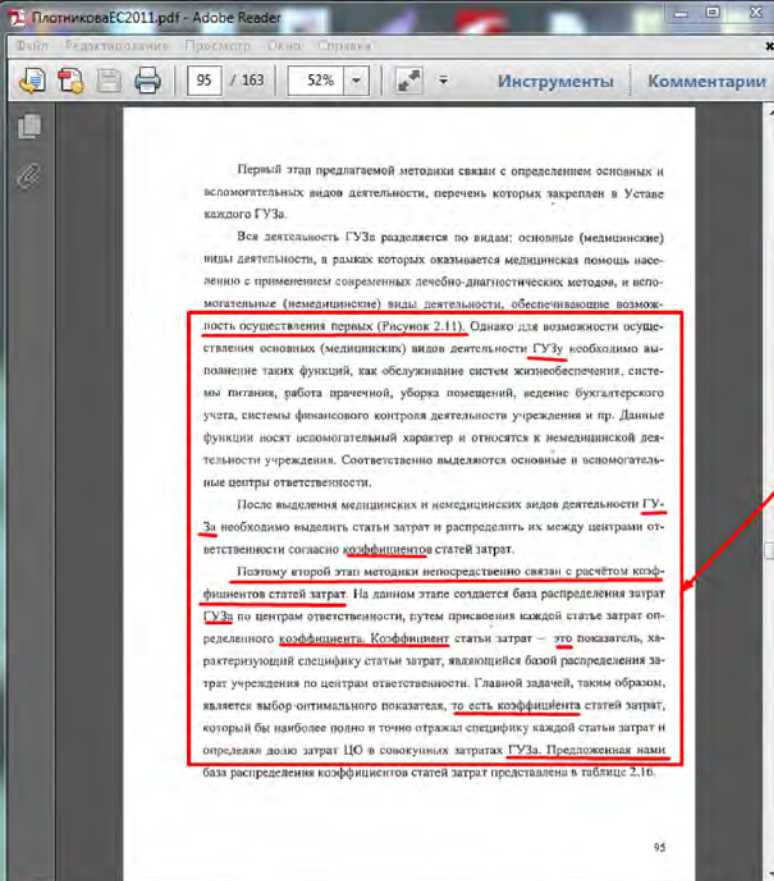


Таблица 2.16.

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	Человечно-день	$\Sigma K1$
Транспортные услуги	Количество вызовов ЦО	Вызов	$\Sigma K2$
Коммунальные услуги	Площадь помещения ЦО	Кв.м.	$\Sigma K3$
Работы, услуги по содержанию имущества	Количество вызовов ЦО	Ед.	ΣKn

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	$\Sigma K1$	K1/1	K2/1	K3/1	К.../1	Kn/1
2	$\Sigma K2$	K1/2	K2/2	K3/2	К.../2	Kn/2
3	$\Sigma K3$	K1/3	K2/3	K3/3	К.../3	Kn/3
...	$\Sigma K...$	K1/...	K2/...	K3/...	К.../...	Kn/...
n	ΣKn	K1/n	K2/n	K3/n	К.../n	Kn/n

где ΣK_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.

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

Таблица 2.2.3 - Определение драйверов статей затрат МУЗа²⁵

Статья затрат	Драйвер затрат	Единица измерения	Итого по МУЗу
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	Количество отработанных дней сотрудниками ЦО	Человечно-день	ZD1
Транспортные услуги	Количество вызовов ЦО	Вызов	ED2
Коммунальные услуги	Площадь помещения ЦО	Кв.м	XD3
Работы, услуги по содержанию имущества	Количество вызовов ЦО	Ед.	EDn

В соответствии с драйверами статей затрат МУЗа назначаются коэффициенты драйверов статей затрат по каждому ЦО (Таблица 2.2.4). Коэффициент драйвера статьи затрат – числовой множитель, характеризующий долю отнесения определенных затрат на тот или иной ЦО.

Таблица 2.2.4 - Коэффициенты драйверов статей затрат по центрам ответственности²⁶

Наименование статей затрат	Итого по МУЗу, ед. изм.	Центры ответственности				
		ЦО1	ЦО2	ЦО3	...n	ЦОn
1	ZD1	D1/1	D2/1	D3/1	D.../1	Dn/1
2	ZD2	D1/2	D2/2	D3/2	D.../2	Dn/2
3	ZD3	D1/3	D2/3	D3/3	D.../3	Dn/3
...n	ZD...	D1/...	D2/...	D3/...	D.../...	Dn/...
n	ZDn	D1/n	D2/n	D3/n	D.../n	Dn/n

где ED_i – суммарный показатель по МУЗу драйвера i-ой статьи затрат,
 $D_{j/i}$ – коэффициент драйвера j-го центра ответственности по i-ой статье затрат.

²⁵ Источник: авторский²⁶ Источник: авторский

Таблица 2.18
Распределение статей затрат ГУЗа между центрами ответственности

Наименование статей затрат	Центры ответственности	ЦО1	ЦО2	ЦО3	...	ЦОn
	Затраты, руб.					
1	Z1	Z1 * K1/1	Z1 * K2/1	Z1 * K3/1	...	Z1 * Kn/1
2	Z2	Z2 * K1/2	Z2 * K2/2	Z2 * K3/2	...	Z2 * Kn/2
3	Z3	Z3 * K1/3	Z3 * K2/3	Z3 * K3/3	...	Z3 * Kn/3
...
N	Zn	Zn * K1/n	Zn * K2/n	Zn * K3/n	...	Zn * Kn/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, ме-

Шаг 3. Определение себестоимости ЦО.

С помощью коэффициентов драйверов статей затрат определяется себестоимость каждого ЦО статей затрат МУЗа между центрами ответственности представлено в таблицах 2.2.5.

*Себестоимость ЦО = X (Сумма по статье затрат * Коэффициент драйвера статьи затрат по ЦО)*

Таблица 2.2.5 - Распределение статей затрат МУЗа между центрами ответственности ²⁷

Наименование статей затрат	Центры ответственности	ЦО1	ЦО2	ЦО3	...	ЦОn
	Сумма затрат, тыс. руб.					
1	S1	S1 * D1/1	S1 * D2/1	S1 * D3/1	...	S1 * Dn/1
2	S2	S2 * D1/2	S2 * D2/2	S2 * D3/2	...	S2 * Dn/2
3	S3	S3 * D1/3	S3 * D2/3	S3 * D3/3	...	S3 * Dn/3
...
n	Sn	Sn * D1/n	Sn * D2/n	Sn * D3/n	...	Sn * Dn/n
ИТОГО себестоимость ЦО:		C1	C2	C3	...	Cn

где S_i – сумма затрат по i -ой статье,

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

C_j – себестоимость j -го центра ответственности.

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

Шаг 4. Определение коэффициентов участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗа.

На основе разработанной ранее классификации видов медицинской и немедицинской деятельности МУЗа осуществляется идентификация

²⁷ Источник: авторский

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

97 / 163 51,6%

Инструменты Комментарии

Таблица 2.18
Распределение статей затрат ГУЗа между центрами ответственности

Наименование статьи затрат	Центры ответственности					
	Центры ответственности Затраты, руб.	ЦО1	ЦО2	ЦО3	...	ЦОn
1	Z1	Z1 * K1/1	Z1 * K2/1	Z1 * K3/1	...	Z1 * Kn/1
2	Z2	Z2 * K1/2	Z2 * K2/2	Z2 * K3/2	...	Z2 * Kn/2
3	Z3	Z3 * K1/3	Z3 * K2/3	Z3 * K3/3	...	Z3 * Kn/3
...
N	Zn	Zn * K1/n	Zn * K2/n	Zn * K3/n	...	Zn * Kn/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 различаться 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, не-**

97

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

77 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

I

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 различаться на каждый вид, выполняемой им деятельности, пропорционально определенному показателю. Поэтому на данном этапе необходимо иметь следующее:

определить основные и вспомогательные ЦО;
установить перечень медицинских видов деятельности, выполняемых конкретным ОЦО;
определить показатель, устанавливающий долю каждого вида медицинской деятельности для определенного ОЦО;
для каждого ВЦО выделить, выполняемые им, немедицинские виды деятельности;
определить показатель, устанавливающий долю каждого вида немедицинской деятельности для определенного ВЦО.

Для каждого ЦО назначается коэффициент участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗа (Таблица 2.2.6). Коэффициент участия центра ответственности определяет долю его вклада в выполнение определенного вида деятельности МУЗом в целом. За критерий определения доли участия ЦО целесообразно принять количество проведенных операций (манипуляций). Как было сказано выше, один ЦО, как правило, выполняет несколько видов деятельности.

77

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

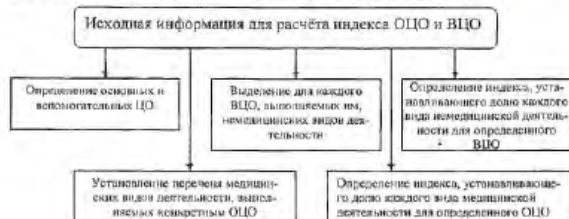


Рис. 2.12. Информация для расчёта индексов ОЦО и ВЦО

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

Индекс 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 IUj – коэффициент участия j-го центра ответственности в определенном виде деятельности.

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

Таблица 2.2.6 - Коэффициенты участия центров ответственности выполнении видов деятельности МУЗа «Городская больница № 2»²⁸

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	I	II	III	...	n
ЦО1	-	K2/1	K3/1	...	-
ЦО2	K1/2	-	K3/2	...	-
ЦО3	-	K2/3	-	...	Kn/3
...
ЦОn	K1/n	-	K3/n	...	Kn/n

г. е Kij – коэффициент участия j-го центра ответственности в I-ом виде деятельности.

Шаг 5. Определение усеченной себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа.

После определения коэффициентов участия ЦО рассчитывается усеченная себестоимость всех видов деятельности МУЗа (медицинских и немедицинских видов деятельности отдельно друг от друга). Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности МУЗа проиллюстрировано в таблице 2.2.7.

*Усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа = (Себестоимость ЦО * Коэффициент участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗа)*

²⁸ Источник: авторский

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
	Себестоимость ЦО, руб						
ЦО1	S1		$S1 * IU_1/1$		$S1 * IU_3/1$		
ЦО2	S2	$S2 * IU_1/2$		$S2 * IU_3/2$			
ЦО3	S3		$S3 * IU_1/3$				$S3 * IU_n/3$
...
ЦОn	Sn		$Sn * IU_1/n$		$Sn * IU_3/n$		$Sn * IU_n/n$
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.

Таблица 2.2.6 - Коэффициенты участия центров ответственности выполнении видов деятельности МУЗа «Городская больница № 2»²³

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	I	II	III	...	n
ЦО1	-	K2/1	K3/1	...	n
ЦО2	K1/2	-	K3/2	...	n
ЦО3	-	K2/3	-	...	Kn/3
...
ЦОn	K1/n	-	K3/n	...	Kn/n

г. e K_{ij} – коэффициент участия j-го центра ответственности в I-ом виде деятельности.

Шаг 5. Определение усеченной себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа.

После определения коэффициентов участия ЦО рассчитывается усеченная себестоимость всех видов деятельности МУЗа (медицинских и немедицинских видов деятельности отдельно друг от друга). Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности МУЗа проиллюстрировано в таблице 2.2.7.

*Усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа = (Себестоимость ЦО * Коэффициент участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗа)*

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.) Себестоимость ЦО, руб	Виды деятельности ГУЗа				
		1	2	3	...	n
ЦО1	S1		$S1 * IU_{1/1}$	$S1 * IU_{3/1}$		
ЦО2	S2	$S2 * IU_{1/2}$		$S2 * IU_{3/2}$...	
ЦО3	S3		$S3 * IU_{1/3}$			$S3 * IU_{n/3}$
...
ЦОn	Sn	$Sn * IU_{1/n}$		$Sn * IU_{3/n}$	...	$Sn * IU_{n/n}$
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.

Таблица 2.2.7 - Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности МУЗа²⁹

Центры ответственности	Виды деятельности МУЗа (осн. и вспом.) Себестоимость ЦО, тыс.руб	I	II	III	...	n
ЦО1	C1		$C1 * K_{1/1}$	$C1 * K_{3/1}$		
ЦО2	C2	$C2 * K_{1/2}$		$C2 * K_{3/2}$...	
ЦО3	C3		$C3 * K_{2/3}$			$C3 * K_{n/3}$
...
ЦОn	Cn	$Cn * K_{1/n}$		$Cn * K_{3/n}$	...	$Cn * K_{n/n}$
ИТОГО усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа:		W1	WII	WIII	...	Un

где C_j – себестоимость j-го центра ответственности,

K_{ij} – коэффициент участия j-го центра ответственности i-ом виде деятельности,

W_d – усеченная себестоимость основного d-го вида деятельности,

UQV – усеченная себестоимость вспомогательного q-го вида деятельности.

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

Шаг 6. Определение драйверов видов деятельности МУЗа.

Для определения полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между медицинскими. Для этого устанавливаются коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа (Таблица 2.2.8). Драйвер вида деятельности – физический показатель, характеризующий специфику вспомогательного вида деятельности, являющийся базой отнесения его себестоимости на основные виды деятельности. Критерием определения драйвера вида деятельности МУЗа могут быть: для питания – койко-дни стационара, для уборки помещений – площадь помещений и т.д.

²⁹ Источник: авторский

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

Поэтому четвертым этапом представленной методики является расчет 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	ВДn/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 = $\sum (USVn \cdot ВД) + USOn$,

Таблица 2.2.7 - Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности МУЗа²⁹

Центры ответственности	Виды деятельности МУЗа (осп. и вспом.) Себест-ть ПО, тыс.руб	I	II	III	...	n
ПО1	C1		C1 * K1/1	C1 * K3/1	...	
ПО2	C2	C2 * K1/2		C2 * K3/2	...	
ПО3	C3		C3 * K2/3		...	C3 * Kn/3
...	
ПОn	Cn	Cn * K1/n		Cn * K3/n	...	Cn * Kn/n
ИТОГО усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа:		W1	WII	WIII	...	Un

где Cj - себестоимость j-го центра ответственности,
 Klfj коэффициент участия j-го центра ответственности l-ом виде деятельности,
 Wdo - усеченная себестоимость основного d-го вида деятельности,
 VqB - усеченная себестоимость вспомогательного q-го вида деятельности.

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

Шаг 6. Определение драйверов видов деятельности МУЗа.

Для определения полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между медицинскими. Для этого устанавливаются коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа (Таблица 2.2.8). Драйвер вида деятельности - физический показатель, характеризующий специфику вспомогательного вида деятельности, являющийся базой отнесения его себестоимости на основные виды деятельности. Критерием определения драйвера вида деятельности МУЗа могут быть: для питания - койко-дни стационара, для уборки помещений - площадь помещений и т.д.

²⁹ Источник: авторский

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

Поэтому четвертым этапом представленной методики является расчет 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

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности				
	1	2	3	...	n
1	ВД1/1	ВД1/2	ВД1/3	ВД.../j	ВД1/n
2	ВД2/1	ВД2/2	ВД2/3	ВД.../j	ВД2/n
3	ВД3/1	ВД3/2	ВД3/3	ВД.../j	ВД3/n
...	ВДj/1	ВДj/2	ВДj/3	ВД.../j	ВДj/n
n	ВДn/1	ВДn/2	ВДn/3	ВД.../j	ВДn/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 = $\sum (USVn \cdot ВД) + USOn$,

Таблица 2.2.7 - Распределение статей затрат центров ответственности между видами деятельности МУЗа²⁹

Центры ответственности	Виды деятельности МУЗа (осн. и вспомо.) Себестоимость ЦО, тыс.руб.	I	II	III	...	n
ЦО1	C1	C1 * K1/1	C1 * K1/2	C1 * K1/3	...	C1 * K1/n
ЦО2	C2	C2 * K2/1	C2 * K2/2	C2 * K2/3	...	C2 * K2/n
ЦОj	Cj	Cj * Kj/1	Cj * Kj/2	Cj * Kj/3	...	Cj * Kj/n
ЦОn	Cn	Cn * Kn/1	Cn * Kn/2	Cn * Kn/3	...	Cn * Kn/n
Итого усеченная себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа:		WI	WII	WIII	...	Un

где Cj - себестоимость j-го центра ответственности,

Kfj - коэффициент участия j-го центра ответственности f-ом виде деятельности,

Wdo - усеченная себестоимость основного d-го вида деятельности,

VqB - усеченная себестоимость вспомогательного q-го вида деятельности.

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

Шаг 6. Определение драйверов видов деятельности МУЗа.

Для определения полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между медицинскими. Для этого устанавливаются коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа (Таблица 2.2.8). Драйвер вида деятельности - физический показатель, характеризующий специфику вспомогательного вида деятельности, являющийся базой отнесения его себестоимости на основные виды деятельности. Критерием определения драйвера вида деятельности МУЗа могут быть: для питания - койко-дни стационара, для уборки помещений - площадь помещений и т.д.

²⁹ Источник: авторский

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

Поэтому четвертым этапом представленной методики является расчет 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	ВДn/2
3	ВД1/3	ВД2/3	ВД3/3	ВД.../3	ВДn/3
...	ВД1/...	ВД2/...	ВД3/...	ВД.../...	ВДn/...
n	ВД1/n	ВД2/n	ВД3/n	ВД.../n	ВДn/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 = $\sum (USVn \cdot ВД) + USO_n$

§ Таблица 2.2.8 - Коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа 30

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности				
	I	II	III	...	n
I	M1/1	M2/1	M3/1	M.../1	Mn/1
II	M1/2	M2/2	M3/2	M.../2	Mn/2
III	M1/3	M2/3	M3/3	M.../3	Mn/3
...	M1/...	M2/...	M3/...	M.../...	Mn/...
n	M1/n	M2/n	M3/n	M.../n	Mn/n

где Mdo/qB — коэффициент драйвера, относящий затраты вспомогательного q-го вида деятельности на основной d-ый вид деятельности.

Шаг 7. Определение полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа.

В соответствии с установленными коэффициентами драйверов видов деятельности МУЗа определим полную себестоимость основных видов деятельности МУЗа. В таблице 2.2.9 показан принцип распределения себестоимости вспомогательных видов деятельности МУЗа между основными видами деятельности.

Полная себестоимость основных видов деятельности МУЗа = X (Усеченная себестоимость вспомогательных видов деятельности МУЗа * Коэффициент драйвера вида деятельности) + Усеченная себестоимость основного вида деятельности МУЗа

30 Источник: авторский

Таблица 2.22

Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности ГУЗа между основными видами деятельности

Вспомогат. виды деятельности (ВВ)	Основные виды деятельности (ОВ) Усечен. себест-ть ВВ, руб	Основные виды деятельности (ОВД)				
		ОВ 1	ОВ 2	ОВ 3	...	ОВn
ВВ 1	УСВ1	УСВ1 * ВД 1/1	УСВ1 * ВД 2/1	УСВ1 * ВД 3/1	...	УСВ1 * ВД n/1
ВВ2	УСВ2	УСВ2 * ВД 1/2	УСВ2 * ВД 2/2	УСВ2 * ВД 3/2	...	УСВ2 * ВД n/2
ВВ3	УСВ3	УСВ3 * ВД 1/3	УСВ3 * ВД 2/3	УСВ3 * ВД 3/3	...	УСВ3 * ВД n/3
...
N	УСВn	УСВn * ВД 1/n	УСВn * ВД 2/n	УСВn * ВД 3/n	...	УСВn * ВД n/n
Итого распределенная сумма ВВ		$\sum 1$	$\sum 2$	$\sum 3$	...	$\sum n$
Усеченная себестоимость ОВ		УСО1	УСО2	УСО3	...	УСОn
ИТОГО полная себестоимость основных видов деятельности		$\sum 1 + УСО1$	$\sum 2 + УСО2$	$\sum 3 + УСО3$	...	$\sum n + УСОn$

где УСВ – 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,

УСО – 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.

Таблица 2.2.9 - Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности МУЗа между основными видами деятельности ³¹

Вспомогат. виды деятельности (ВВД)	Основные виды деятельности (ОВД)			
	OI	OH	OШ	On
Усечен. себест-ть ВВД, тыс.руб				
В1	V1 * M1/1	V1 * M2/1	V1 * M3/1	V1 * Mn/1
В2	V2 * M1/2	V2 * M2/2	V2 * M3/2	V2 * Mn/2
В3	V3 * M1/3	V3 * M2/3	V3 * M3/3	V3 * Mn/3
...
Vn	Vn * M1/n	Vn * M2/n	Vn * M3/n	Vn * Mn/n
Итого распределенная сумма ВВД	21	XII	EM	2n
Усеченная себестоимость ОВД	W1	WH	WHH	Wn
ИТОГО полная себестоимость основных видов деятельности	$\Pi = W1$	$SH = WH$	$ZHH = WHH$	$E_n = W_n$

где V qB – усеченная себестоимость вспомогательного q-го вида деятельности,

Mdo/qB – коэффициент драйвера, относящий затраты вспомогательного q-го вида деятельности на основной d-й вид деятельности,

Zdo – сумма вспомогательных видов деятельности, отнесенная на основной d-й вид деятельности,

Wdo – усеченная себестоимость основного d-го вида деятельности.

Таким образом, предложенная нами учета затрат основной калькуляции себестоимости любого носителя затрат.

Сформированная полная себестоимость основных (медицинских) видов деятельности может служить базой для калькуляции медицинских услуг, сгруппированных по видам деятельности МУЗа, 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.

³¹ Источник: авторской

ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

102 / 163 51,4%

Инструменты Комментарии

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

Расчитанная 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.

102

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

82 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

Управление затратами МУЗа при помощи предлагаемого метода позволяет руководителям принимать эффективные решения, осуществляя контроль, а также служит основой всестороннего глубокого анализа затрат.

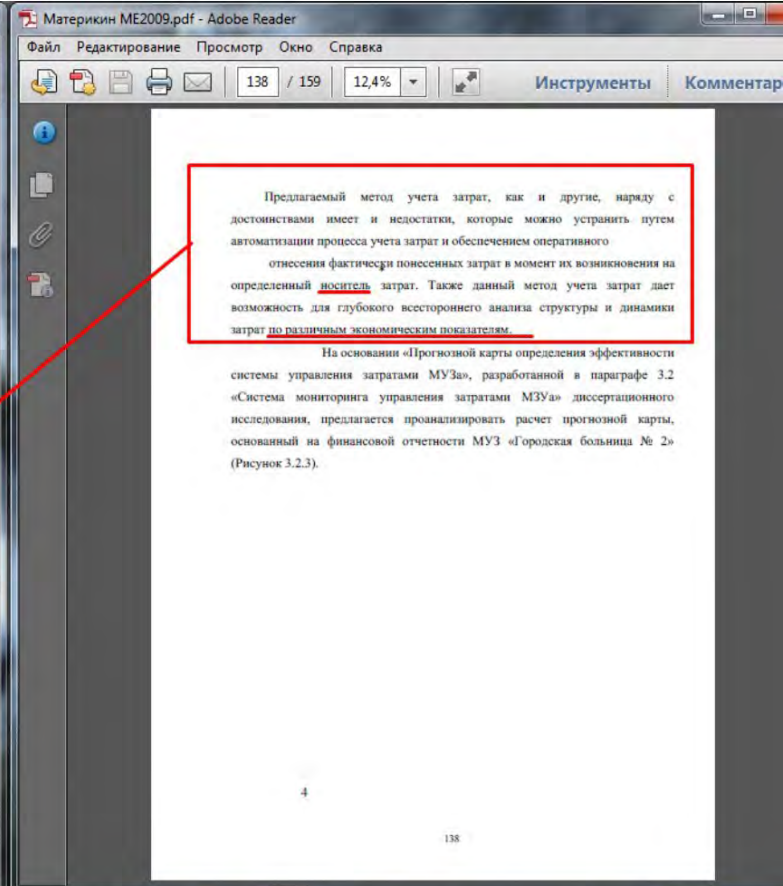
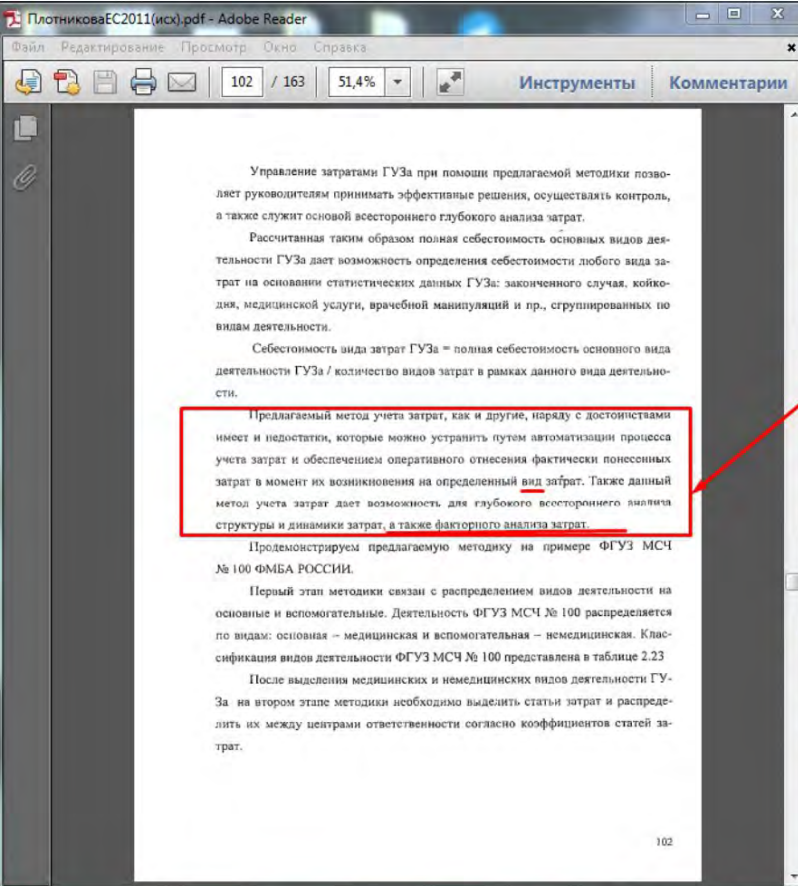
Расчитанная таким образом полная себестоимость основных видов деятельности МУЗа дает возможность определения себестоимости любого носителя затрат на основании статистических данных МУЗа: законченного случая, койко-дня, медицинской услуги, врачебной манипуляций и пр., сгруппированных по видам деятельности.

Себестоимость носителя затрат МУЗа = полная себестоимость основного вида деятельности МУЗа / количество носителей затрат в рамках данного вида деятельности

Расчет себестоимости носителя затрат МУЗ «Городская больница № 2» на основании финансовой отчетности учреждения представлен в параграфе 3.2.

Таким образом пошаговую схему определения себестоимости носителя затрат МУЗа можно изобразить в виде алгоритма определения себестоимости носителя затрат, схематично представленного на рисунке 2.2.4.

82



ПлотнобаЕС2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

103 / 163 52%

Инструменты Комментарии

Таблица 2.23
Классификация видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100²

Основной вид деятельности ФГУЗ	Вспомогательный вид деятельности ФГУЗ
Медицинская деятельность:	Немедицинская деятельность:
Акушерство и гинекология	Питание
Анестезиология и реанимация	Уборка помещений и территории
Гастроэнтерология	Охрана
Диагностика	Служба безопасности
Гематология	Финансирование, учет и обслуживание персонала
Клиническая лабораторная диагностика	Обеспечение системы жизнеобеспечения
Лабораторное дело	Бухгалтерия
Лабораторная диагностика	Экономика
Нейрофизиология	Статистика
Обеспечение контроля и организации здравоохранения	Обслуживание мед. техники и оборудования
Оценочное дело	Снабжение
Организация системного учета	Транспортные услуги
Судебное дело	Обслуживание грузопассажирского авиационного комплекса
Управление охранной деятельностью	
Рентгенология	
Сердечно-сосудистая кардиология	
Терапия	
Травмотология и ортопедия	
Трансфузиология	
Ультразвуковая диагностика	
Урология	
Физиотерапия	
Функциональная диагностика	
Хирургия	
Акушерство временной нетрудоспособности	
Эндоскопия	
Фармацевтическая деятельность:	
Приобретение, хранение, отпуск и применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.	
Приобретение, хранение, перевозка, отпуск, использование ветеринарных средств и препаратов.	

Таблица 2.24
Определение показателей статей затрат ФГУЗ МСЧ № 100¹

Статье затрат	Показатель	Единица измерения	Итого по ФГУЗ
Оплата труда и вознаграждение за выслугу по оплате труда	Количество отработанных дней сотрудниками ЦО	Человеко-день	36 000
Услуги связи	Время разговоров	Часы	21 000
Транспортные услуги	Количество вложений ЦО	Наличие	7 000
Коллективные услуги	Площадь помещений ЦО	Кв.м	14 000
Прочие работы, услуги	Количество работ	Ед.	10 000

¹ Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Устава ФГУЗ.

² Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ №100 ФМБА России.

103

Материалы МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

73 / 159 12,5%

Инструменты Комментарии

Главной целью учреждения здравоохранения является, оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи населению, осуществляемой с применением современных лечебно-диагностических методов. Достижение основных задач МУЗа обеспечивается выполнением определенных видов медицинской деятельности, перечень которых закреплен в Уставе каждого МУЗа.

Все деятельность МУЗа разделяется по видам: основные (медицинские) виды деятельности, в рамках которых оказывается медицинская помощь населению, и вспомогательные (немедицинские) виды деятельности, обеспечивающие возможность осуществления первых (Таблица 2.2.2).

Классификация видов деятельности МУЗа²⁴

Основной вид деятельности МУЗа	Вспомогательный вид деятельности МУЗа
Медицинская деятельность:	Немедицинская деятельность:
Акушерство и гинекология	Питание
Анестезиология и реанимация	Уборка помещений и территории
Гастроэнтерология	Охрана
Диагностика	Служба безопасности
Клиническая лабораторная диагностика	Финансирование, учет и обслуживание персонала
Лабораторное дело	Обеспечение системы жизнеобеспечения
Лабораторная диагностика	Бухгалтерия
Нейрофизиология	Экономика
Обеспечение контроля и организации здравоохранения	Статистика
Оценочное дело	Обслуживание мед. техники и оборудования
Организация системного учета	Снабжение
Судебное дело	Транспортные услуги
Управление охранной деятельностью	Обслуживание грузопассажирского авиационного комплекса
Рентгенология	
Сердечно-сосудистая кардиология	
Терапия	
Травмотология и ортопедия	
Трансфузиология	
Ультразвуковая диагностика	
Урология	
Физиотерапия	
Функциональная диагностика	
Хирургия	
Акушерство временной нетрудоспособности	
Эндоскопия	
Фармацевтическая деятельность:	
Приобретение, хранение, отпуск и применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.	
Приобретение, хранение, перевозка, отпуск, использование ветеринарных средств.	

²⁴ Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Устава МУЗа.

73

Таблица 2.23

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	Органы
Диагностика	Стирка белья и зыжгоде аппарата
Колпроктология	Формирование, учет и обслуживание персонала
Клиническая лабораторная диагностика	Обслуживание систем жизнеобеспечения
Лабораторное дело	Букалтерия
Лабораторная диагностика	Экономика
Нейрохирургия	Статистика
Общественное здоровье и организация здравоохранения	Обслуживание мед.техники и оборудования
Охранное дело	Слабослыщие
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 № 100¹

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

¹ Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Устава ГУЗов.² Источник: авторский, по данным финансовой отчетности ФГУЗ МСЧ №100 ФМБА России

Здравоохранение	Слабослыщие
Операционное дело	Транспортные услуги
Организация сестринского дела	Обслуживание грузопассажирского лифтового хозяйства
Сестринское дело	
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	

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

Шаг 2. Определение драйверов статей затрат.

Предложенная нами база распределения драйверов статей затрат представлена в таблице 3.2.3.

3.2.3. Статьи затрат МУЗ в «Гор од ская

Больница № 20, 50

Статья затрат	Драйвер затрат	Единица измерения	Итого по МУЗу
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	Количество отработанных дней сотрудниками ЦО	Человеческий	36000
Услуги связи	Время разговоров	Часы	23 000
Транспортные услуги	Количество вызовов ЦО*	Вызов	7 000
Коммунальные услуги	Площадь помещений ЦО	Кв.м	14 000
Прочие работы, услуги	Количество работ	Ед.	10 000

³ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Г. средства больницы № 20.

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

105 / 163 51,6%

Инструменты Комментарии

С/с ЦО2 = $45\ 780260,6 * 0,25 + 201354,82 * 0,28 + 59626,9 * 0,24 + 7618775,7 * 0,29 + 3960004,1 * 0,21 = 14556800,77$ руб.
 С/с ЦО3 = $45\ 780260,6 * 0,3 + 201354,82 * 0,2 + 59626,9 * 0,13 + 7618775,7 * 0,25 + 3960004,1 * 0,18 = 16395959,30$ руб.
 С/с ЦОн = $45\ 780260,6 * 0,16 + 201354,82 * 0,15 + 59626,9 * 0,12 + 7618775,7 * 0,18 + 3960004,1 * 0,2 = 9525580,59$ руб.

Таблица 2.27

Распределение статей затрат ФГУЗ МСЧ № 100⁴

Наименование статьи затрат	Центры ответственности				
	Сумма затрат, руб.	ЦО1	ЦО2	ЦО3	ЦОн
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	45 780260,6	7782644,30	11645665,15	13714078,18	7324841,70
Услуги связи	20 1354,82	54365,80	56 779,35	40270,96	36283,22
Транспортные услуги	59626,9	3577,61	14310,46	7251,50	7155,23
Коммунальные услуги	7618775,7	1522255,14	2269444,95	1984693,93	1371379,63
Прочие работы, услуги	3960004,1	871200,90	831600,86	712800,74	792000,82
ИТОГО себестоимость ЦО (тыс.руб.)	1023543,76	14556800,77	16395959,30	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.

405

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

134 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

Таблица 3.2.5 - Распределение статей затрат МУЗа «Городская больница № 2» между центрами ответственности³²

Наименование статей затрат	Центры ответственности				
	Сумма затрат, тыс.руб.	ЦО1	ЦО2	ЦО3	ЦОн
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	40 650 430,07	6 097 565	9 349 599	8 130 686	6 065 043
Услуги связи	191 828,53	38 365,71	57 548,56	34 528,14	23 019,42
Транспортные услуги	47 713,6	3 817,09	12 882,67	7 157,04	4 771,36
Коммунальные услуги	5 965 556,11	3 014 144,54	1 491 389,03	1 372 073,91	894 833,42
Прочие работы, услуги	3 204 687,53	640 937,51	576 843,76	512 750	608 896,63
ИТОГО себестоимость ЦО (тыс.руб.)	7 794 829,85	11 488 263,02	10 056 600,09	5 596 557,83	

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

Шаг 4. Определение коэффициентов участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗа.

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

Коэффициенты участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗ «Городская больница № 2» представлены в таблице 3.2.6.

³² Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2».

134

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

106 / 163 51,3%

Инструменты Комментарии

Таблица 2.28

Индексы участия ЦО в выполнении видов деятельности ФГУЗ МСЧ № 100³

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	I	2	3	...	n
ЦО1	0,2	-	0,6	...	-
ЦО2	-	0,3	0,7	...	-
ЦО3	-	0,6	-	...	0,4
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 усечённая себестоимость всех видов деятельности ГУЗа

Таблица 2.29

Распределение статей затрат ЦО между видами деятельности ФГУЗ МСЧ № 100⁴

Центры ответственности	Виды деятельности ГУЗа (осн. и вспом.)					
	Себестоимость ЦО, руб	1	2	3	...	n
ЦО1	1023543,76	204718,753	-	6141326,256	-	-
ЦО2	1456800,77	-	4363040,211	10189760,54	-	-
ЦО3	16399595,38	-	9239727,18	-	-	6559838,172
ЦОn	9525580,59	1905116,118	-	2837074,177	-	4762790,293
Итого усечённая себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности ГУЗа, (руб):		3952224,87	14206797,41	19188760,97	-	11521628,42

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

Усечённая себестоимость вида деятельности 1 = $1023543,76 * 0,2 + 9525580,59 * 0,2 = 3952224,87$ руб.

Усечённая себестоимость вида деятельности 2 = $1456800,77 * 0,3 + 16399595,38 * 0,6 = 14206797,41$ руб.

³ Источник: авторский, по данным финансовой ФГУЗ МСЧ № 100 ФМБА России.

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

106

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

135 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

Таблица 3.2.6 - Коэффициенты участия ЦО в выполнении видов деятельности МУЗ⁵⁵

Наименование ЦО	Виды деятельности (основные и вспомогательные)				
	I	II	III	...	n
ЦО1	-	0,4	0,9	...	-
ЦО2	0,5	-	0,5	...	-
ЦО3	-	0,7	-	...	0,3
ЦОn	0,2	...	0,3	-	0,5

Шаг 5. Определение усечённой себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа.

После определения коэффициентов участия ЦО рассчитывается усечённая себестоимость всех видов деятельности МУЗа (медицинских и немедицинских видов деятельности отдельно друг от друга).

Определение усечённой себестоимости основных и вспомогательных видов деятельности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2» представлено ниже.

Усечённая себестоимость вида деятельности I = $11488263,02 * 0,5 + 5596557,83 * 0,2 = 6863443,08$ тыс. руб.

Таблица 3.2.7 - Распределение статей затрат ЦО между видами деятельности МУЗа «Городская больница № 2»⁵⁴

Центры ответственности	Виды деятельности МУЗа (осн. и вспом.)					
	Себестоимость ЦО, тыс. руб	I	II	III	...	n
ЦО1	2794829,85	-	3117931,94	2338448,96	-	-
ЦО2	11488263,02	5744131,51	-	5744131,51	-	-
ЦО3	10056600,09	-	7039620,06	-	-	3016980,03
ЦОn	5596557,83	1119311,57	-	1678967,35	-	2798278,91
Итого усечённая себестоимость основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа, (тыс. руб):		6863443,08	10157552	9761547,82	...	5815258,94

К **З**

⁵⁵ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2».

⁵⁴ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2».

135

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

107 / 163 51,4%

Инструменты Комментарии

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 неотъемлемым этапом применяемой 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 №100⁷

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности		
	I	II	...
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 I = $19188760,97 * 0,3 + 11322628,42 * 0,25 + 3952224,87 = 12\,539\,510,27$ 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 ФАМБА России

107

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

136 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

После определения усеченной себестоимости медицинских и иных себестоимости основных видов деятельности МУЗа.

Шаг 6. Определение драйверов видов деятельности МУЗа.

Для определения полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа необходимо распределить усеченную себестоимость немедицинских видов деятельности между Для этого устанавливаются коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа (Таблицы 3.2.8).

Таблица 3.2.8 - Коэффициенты драйверов видов деятельности МУЗа «Городская больница № 2»⁸⁵

Вспомогательные виды деятельности	Основные виды деятельности		
	I	II	...
I	0,2	0,3	...
II	0,15	0,25	...
...

Шаг 7. Определение полной себестоимости основных видов деятельности МУЗа.

В соответствии с установленными коэффициентами драйверов видов деятельности МУЗа определим полную себестоимость основных видов деятельности МУЗа. В таблице 3.2.9 показано распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности МУЗа между основными видами деятельности.

Определение полной себестоимости основных видов деятельности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2» выглядит следующим образом.

⁸⁵ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2».

136

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

108 / 163 51,7%

Инструменты Комментарий

Таблица 2.31
Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности
ФГУЗ МСЧ №100⁴

Вспомогат. виды деятельности (ВВД)	Основные виды деятельности (ОВД)			
	Усечен. себестоим. ВВД, тыс.руб	O 1	O 2	...
В 1	1018766,97	5 756 628,79	4 149 091,51	...
В 2	1132624,42	2 430 657,11	3 179 351,96	...
Итого распределенная сумма ВВД	8 587 285,40	8 310 739,47	...	...
Усеченная себестоимость ОВД	2952224,47	14299797,41	...	...
Итого полная себестоимость основных видов деятельности ФГУЗ (тыс. руб)	12 539 510,27	23 517 536,88	...	...

Расчитанная 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 (O1) = 12539510,27 / 35828 = 349,99 руб/койко-день.

Себестоимость 1 койко-дня (O2) = 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.

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

108

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

137 / 159 12,4%

Инструменты Комментарий

Полная себестоимость основного вида деятельности МУЗа 1
9 761 547,82 * 0,2 + 5 815 258,94 * 0,15 + 6 863 443,08 = **9 688 041,48 тыс. руб**

Таблица 3.2.9 - Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности МУЗа «Городская больница № 2» между основными видами деятельности⁵⁶

Вспомогат. виды деятельности (ВВД)	Основные виды деятельности (ОВД)		
	Усечен. себестоим. ВВД, тыс.руб	O1	OH
В I	9 761 547,82	1 952 309,56	2 928 464,35
В II	5 815 258,94	872 288,84	1 453 814,74
Итого распределенная сумма ВВД	2 824 598,4	1 752 279,09	...
Усеченная себестоимость ОВД	6 863 443,08	10 157 552	ft ft ft ft
Итого полная себестоимость основных видов деятельности МУЗа (тыс. руб)	9 688 041,48	11 909 801,09	...

Расчитанная таким образом полная себестоимость основных видов деятельности МУЗа дает возможность определения себестоимости любого носителя затрат на основании статистических данных МУЗа: 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 МУЗ «Городская больница № 2» представлен ниже:

Себестоимость 1 койко-дня (O1) = полная себестоимость основного вида деятельности МУЗа / количество носителей затрат в рамках данного вида деятельности = 9 688 041,48 / 35 267 = 274,7руб/койко-день.

Себестоимость 1 койко-дня (O2) = 11 909 801,09 / 48 413 = 246руб/койко-день.

⁵⁶ Источник: авторский, по данным финансовой отчетности Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2».

137

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

108 / 163 51,7%

Инструменты Комментарии

Таблица 2.31
Распределение себестоимости вспомогательных видов деятельности
ФГУЗ МСЧ №100⁴

Вспомогат. виды деятельности (ВВД)	Основные виды деятельности (ОВД)			
	Учтен. себестоим. ВВД, руб.	О 1	О 2	...
В 1	10188766,97	5 756 628,79	4 140 091,51	...
В 2	11322624,42	2 430 659,11	3 176 351,96	...
...
Итого распределенная сумма ВВД		8 587 288,40	4 310 739,47	...
Уточненная себестоимость ОВД		2952224,47	3428979,41	...
ИТОГО полная себестоимость основных видов деятельности ФГУЗ (полн. руб.)		12 539 516,27	33 517 536,88	...

Расчитанная таким образом полная себестоимость основных видов деятельности ФГУЗ дает возможность определения себестоимости любого вида затрат на основании статистических данных ФГУЗ: законченного случая, койко-дня, медицинской услуги, врачебной манипуляции 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 ФГУЗ / 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.

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

108

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

138 / 159 12,4%

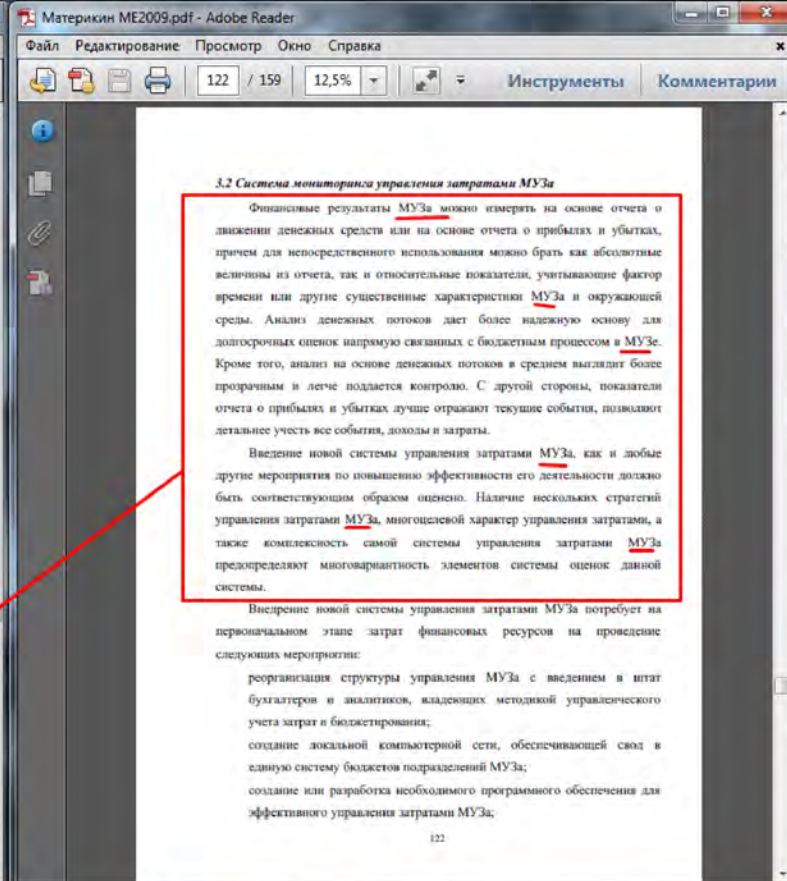
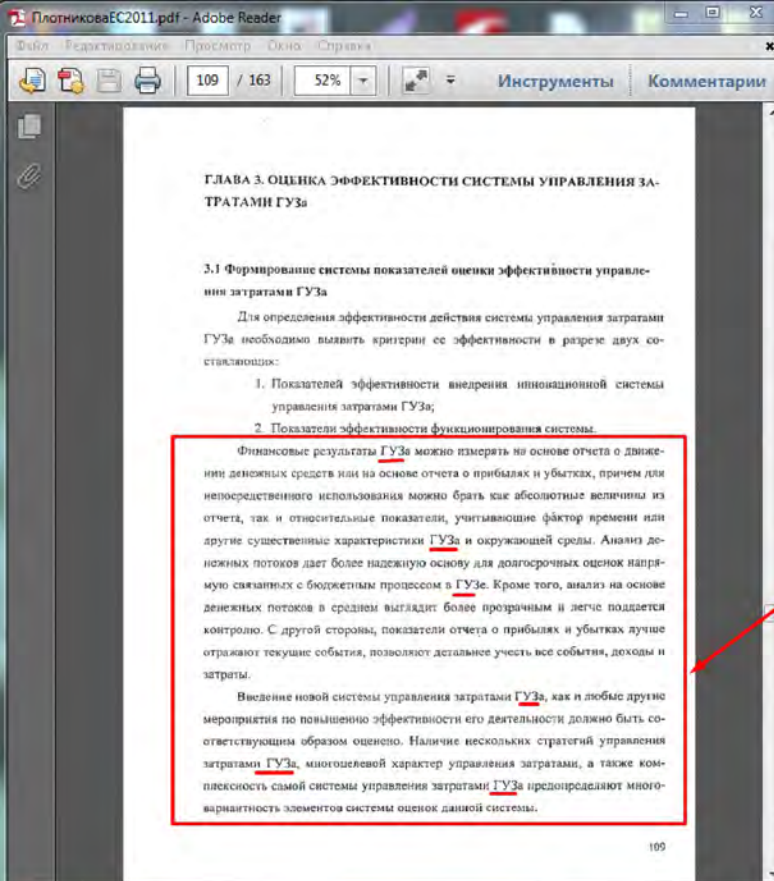
Инструменты Комментарии

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.

На основании «Прогнозной карты определения эффективности системы управления затратами МУЗа», разработанной в параграфе 3.2 «Система мониторинга управления затратами МЗУ» диссертационного исследования, предлагается проанализировать расчет прогнозной карты, основанный на финансовой отчетности МУЗ «Городская больница № 2» (Рисунок 3.2.3).

4

138



ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

110 / 163 51,3%

Инструменты Комментарии

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.

Затраты на осуществление мероприятий, связанных с внедрением инновационной системы управления затратами

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

110

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

122 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

3.2 Система мониторинга управления затратами МУЗа

Финансовые результаты МУЗа 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 МУЗа и окружающей среды. Анализ денежных потоков дает более надежную основу для долгосрочных оценок напрямую связанных с бюджетным процессом в МУЗе. 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 детально учесть все события, доходы и затраты.

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

Внедрение новой системы управления затратами МУЗа потребует на первоначальном этапе затрат финансовых ресурсов на проведение следующих мероприятий:

- реорганизация структуры управления МУЗа, 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 МУЗа;
- создание или разработка необходимого программного обеспечения для эффективного управления затратами МУЗа;

122

Плотникова ЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

110 / 163 51,3%

Инструменты Комментарии

Внедрение инновационной системы управления затратами ГУЗа потребует на первоначальном этапе затрат финансовых ресурсов на проведение следующих мероприятий: реорганизации 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.

Затраты на осуществление мероприятий, связанных с внедрением инновационной системы управления затратами

- 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 **МУЗа**, которые могут и должны принести определенные выгоды. Таким образом комплексной оценкой эффективности внедрения новой системы управления затратами может послужить оценка эффективности инвестиций на

110

Материкин ME2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

123 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

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.

Перечисленные затраты можно рассматривать как капиталовложения в деятельность **МУЗа**, 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».

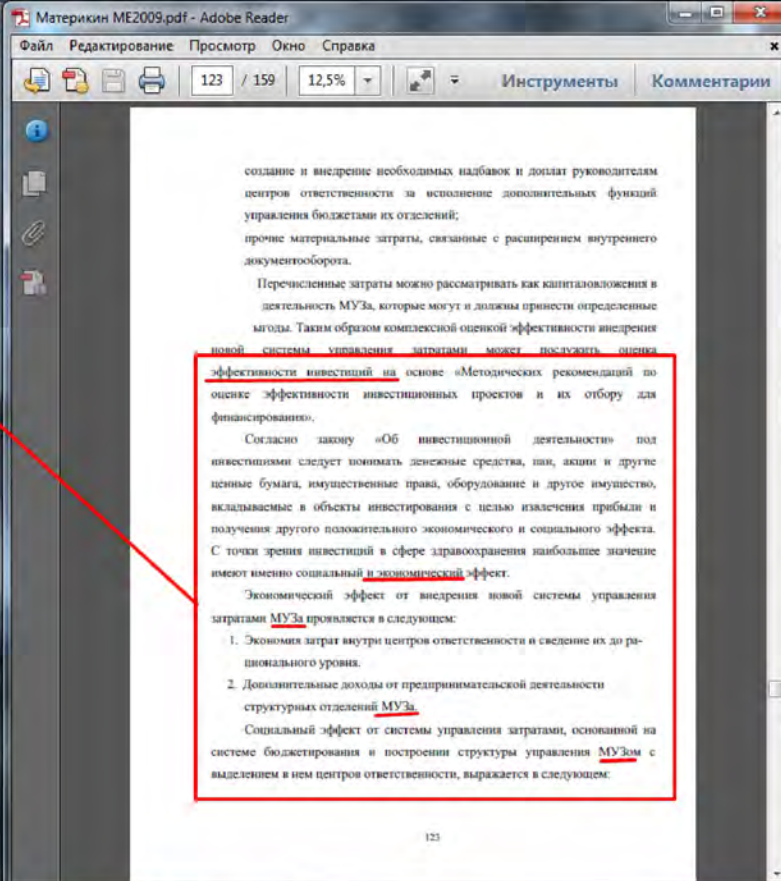
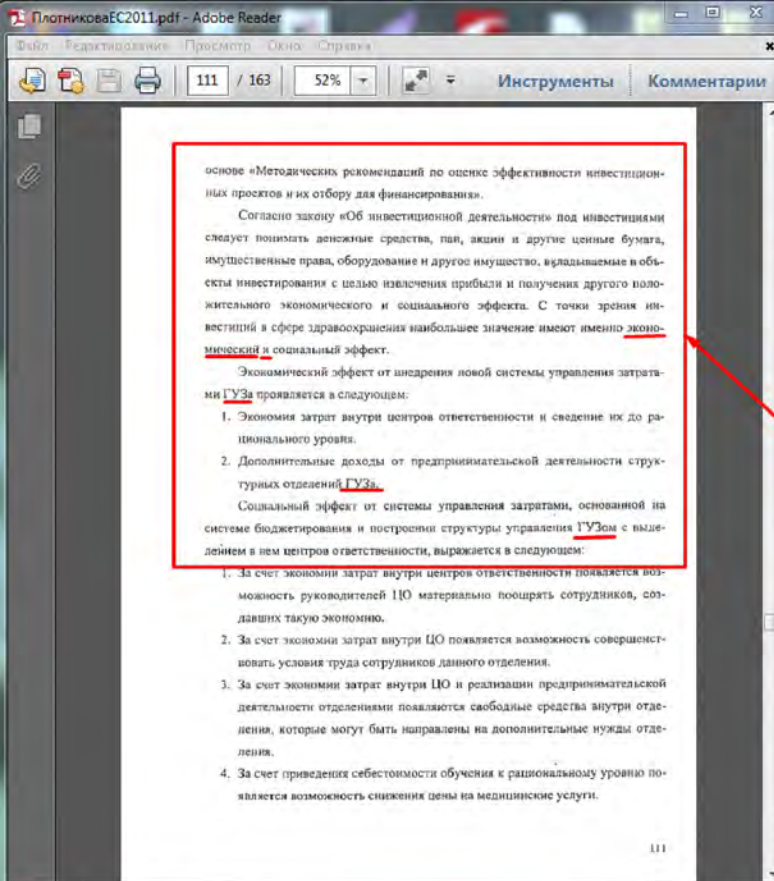
Согласно закону «Об инвестиционной деятельности» под инвестициями следует понимать денежные средства, паи, акции и другие ценные бумага, имущественные права, оборудование и другое имущество, вкладываемые в объекты инвестирования с целью извлечения прибыли и получения другого положительного экономического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

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

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

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

123



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

Согласно закону «Об инвестиционной деятельности» под инвестициями следует понимать денежные средства, пай, акции и другие ценные бумаги, 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 МУЗа проявляется в следующем:

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

Социальный эффект от системы управления затратами, основанной на системе бюджетирования и построения структуры управления МУЗом 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.

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 МУЗа с появлением новых «свободных» средств появляется возможность совершенствовать материально-техническую базу МУЗа, что в итоге приводит к новому «впрыску» капиталовложения, способных принести МУЗу мультипликативный эффект от возобновляющихся инвестиций.

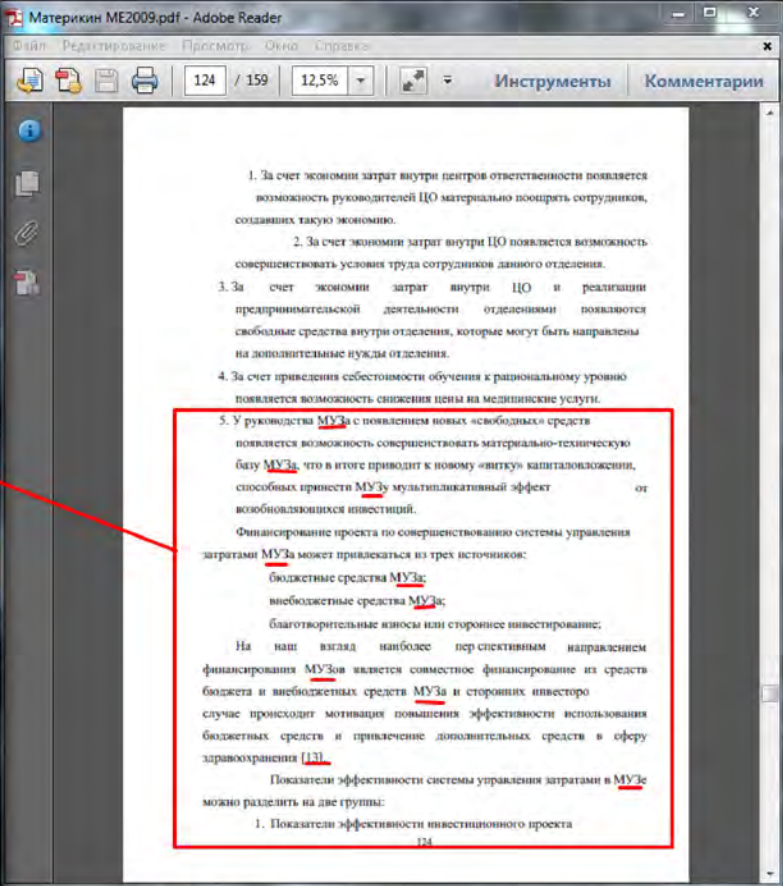
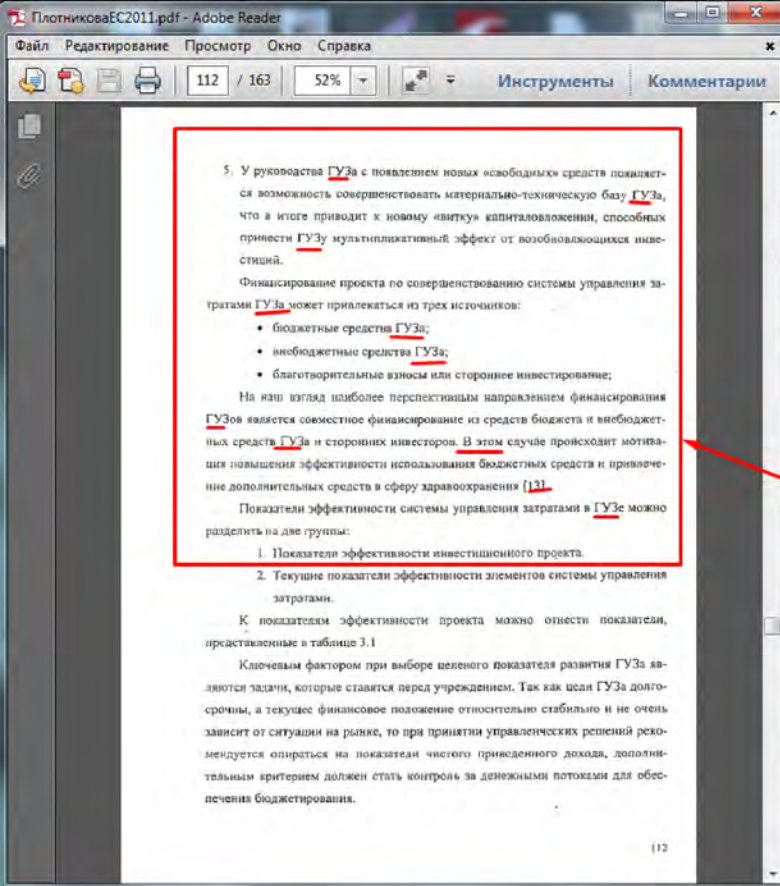
Финансирование проекта по совершенствованию системы управления затратами МУЗа может привлекаться из трех источников:

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

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

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

1. Показатели эффективности инвестиционного проекта



5. У руководства ГУЗа с появлением новых «свободных» средств появляется возможность совершенствовать материально-техническую базу ГУЗа, что в итоге приводит к новому «взлету» 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 рентабельности, (Return on investments, ROIs)	Отношение чистой или операционной прибыли к таким характеристикам как собственный капитал компании, активы, долгосрочные инвестиции.	Не зависит от масштаба деятельности, т.е. позволяют ставить долгосрочные цели. Выпадают эффективность в терминах удобных для постановки задач для руководства МУЗа и контроля их выполнения.	характеристика эффективности не учитывается
			То же что и для прибыли.
			Анализ эффективности в рамках выполнения долгосрочных целей и реализации проектов.

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

Основные отличия в исходных данных для анализа проекта наблюдаются при расчете бюджетной эффективности проекта (в качестве доходов выступают налоги, которые платит МУЗ) 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 МУЗа можно отнести следующие:

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

Таблица 3.1

Показатели эффективности системы управления затратами ГУЗа

Показатель	Экономический эффект	Ситуации, когда показатель эффективен для инд. управления
Чистый денежный поток	Сaldo денежных поступлений и вылат 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 пророст 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	Описание чистой или операционной прибыли и таковы характеризуются 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).

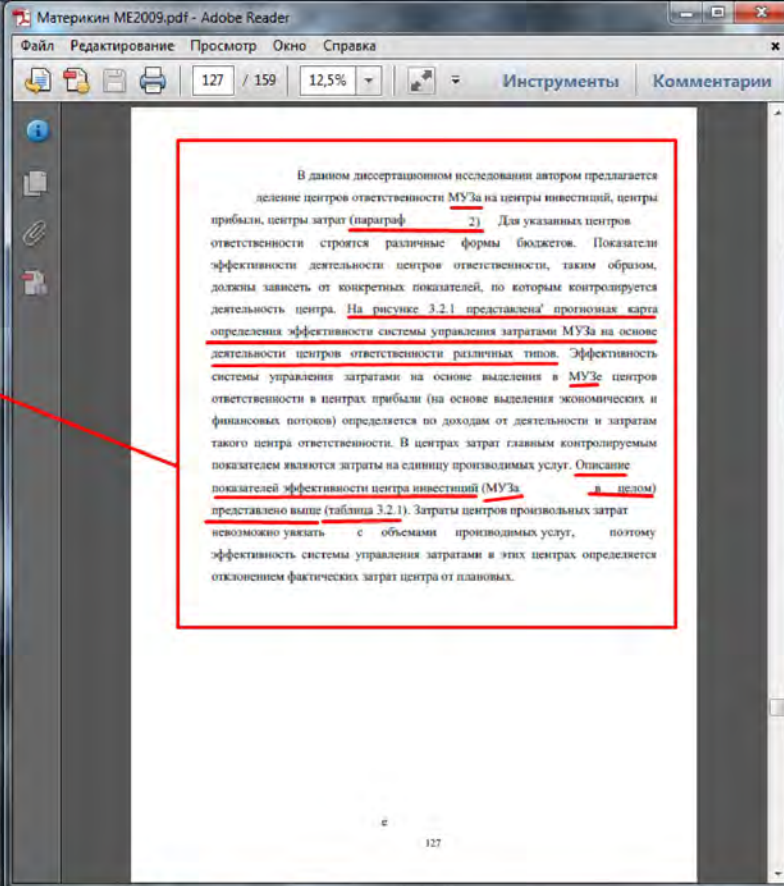
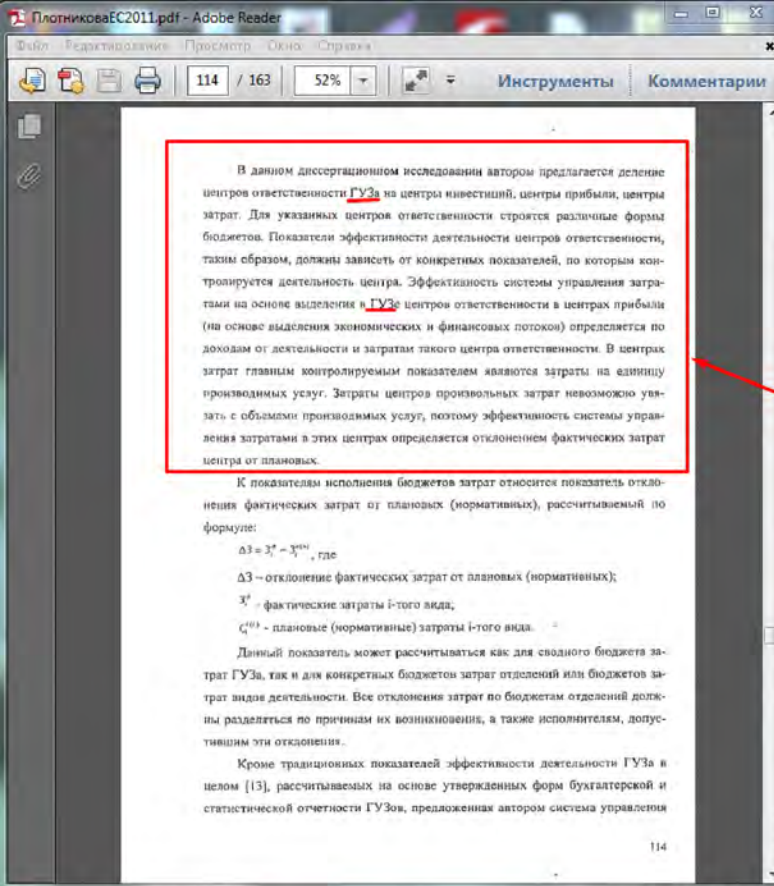
	характеристики деятельности не учитываются		
Показатели рентабельности, (Return on investment, ROI)	Не зависят от масштаба деятельности, т.е. позволяют ставить долгосрочные цели. Выращивают эффективность в терминах удобных для постановки задач для руководства МУЗа и контроля их выполнения.	То же что и для прибыли.	Анализ эффективности в рамках выполнения долгосрочных целей и реализации проектов.

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

Основные отличия в исходных данных для анализа проекта наблюдаются при расчете бюджетной эффективности проекта (в качестве доходов выступают налоги, которые платит МУЗ) 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 МУЗа можно отнести следующие:

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



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:

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

ΔZ – отклонение фактических затрат от плановых (нормативных);

Z^f – фактические затраты i -того вида;

$Z^{(n)}$ – 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

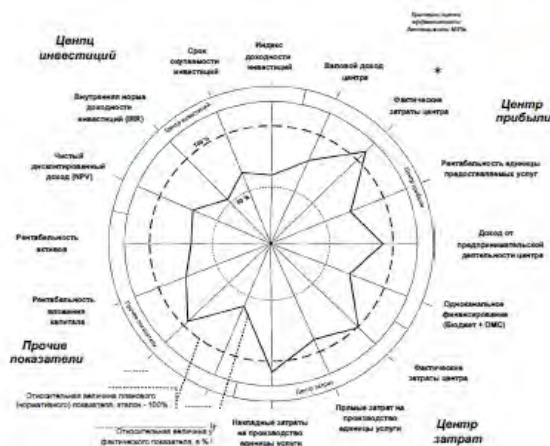


Рисунок 3.2.1 - Прогнозная карта определения эффективности системы управления затратами МУЗа⁴⁷

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

$$\Delta Z = Z^f - Z^{(n)}$$

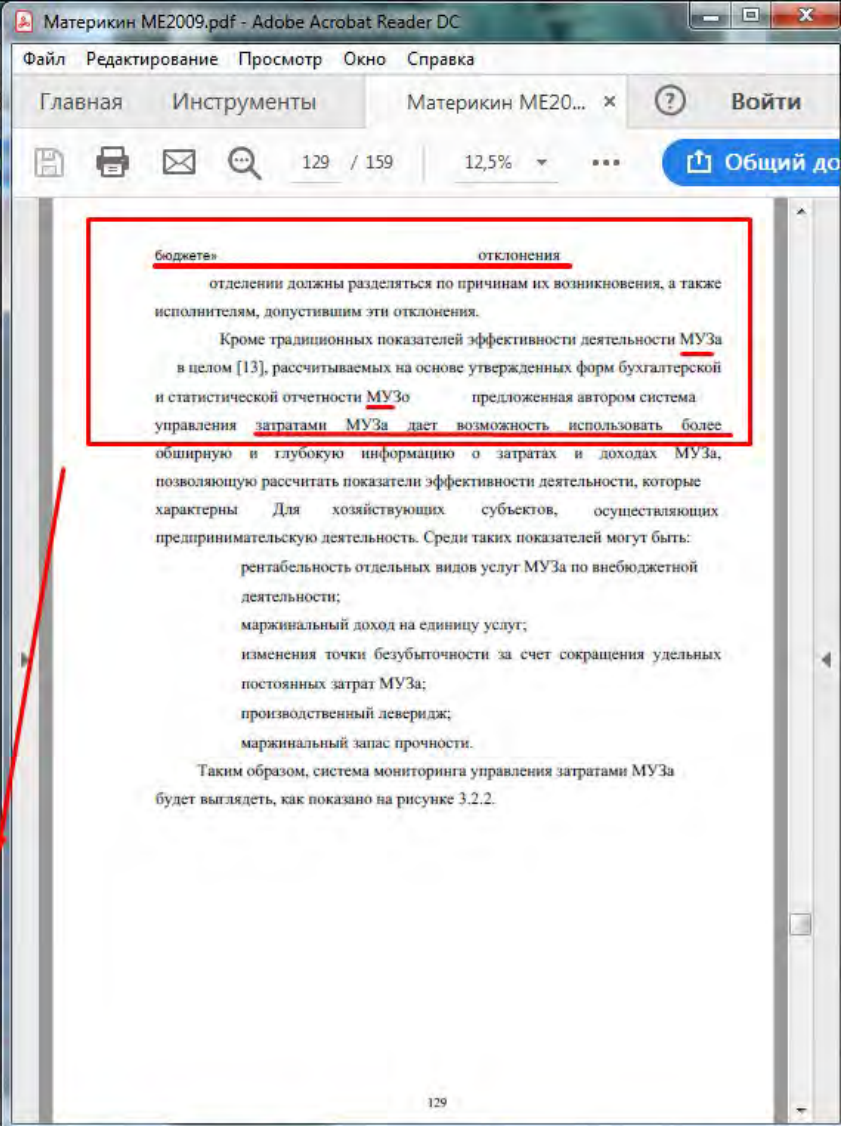
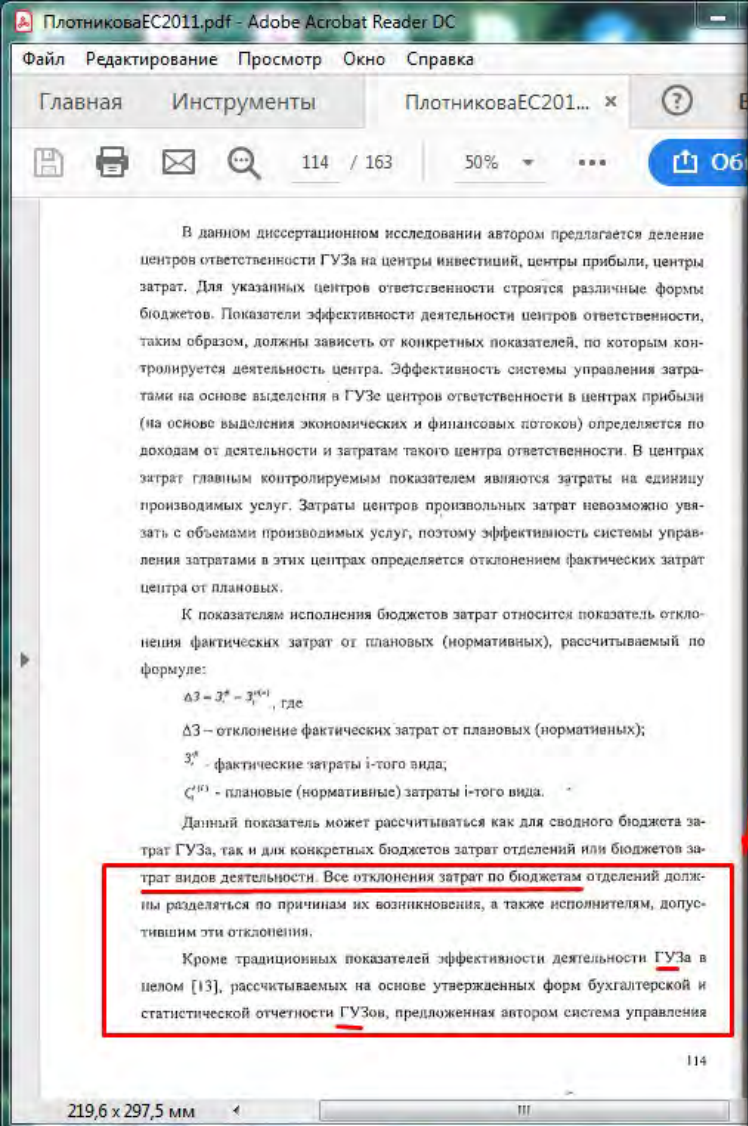
ΔZ – отклонение фактических затрат от плановых (нормативных);

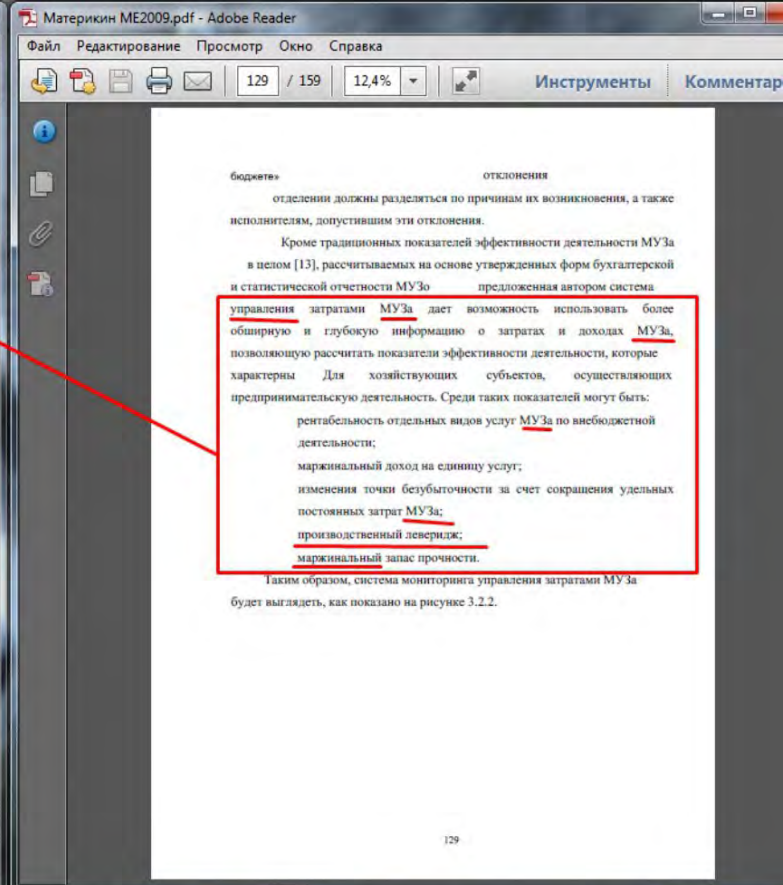
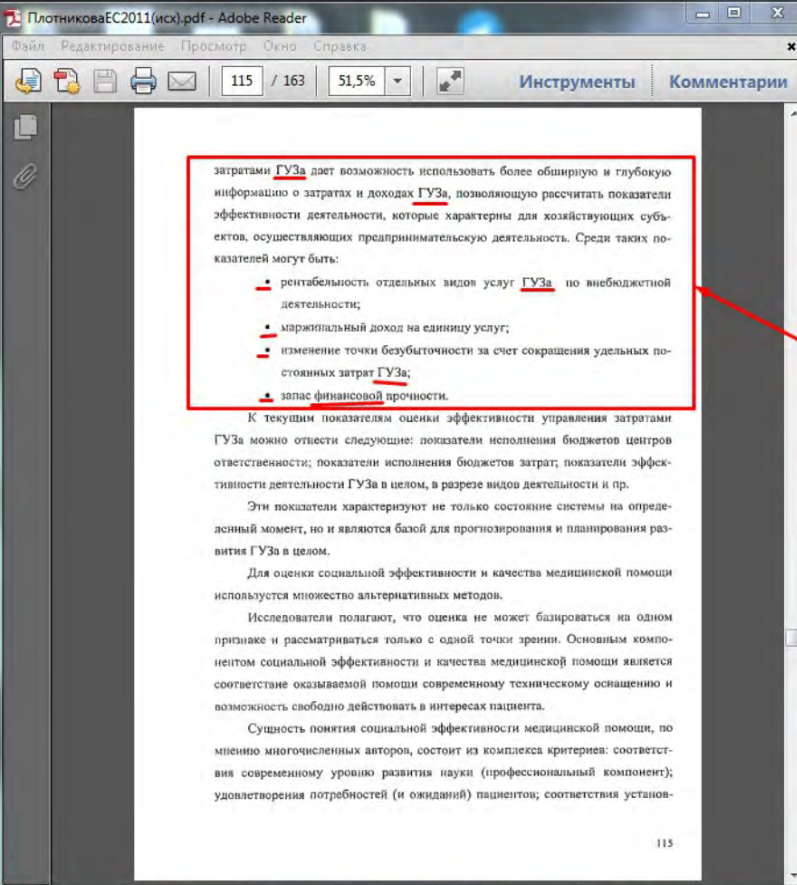
Z^f – фактические затраты i -того вида;

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

Данный показатель может рассчитываться как для сводного бюджета затрат МУЗа, так и для конкретных бюджетов затрат отделений или

⁴⁷ Источник: авторский





ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

115 / 163 51,5%

Инструменты Комментарии

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-

115

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

131 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

эффективности деятельности МУЗа 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 МУЗа в целом.

Основные результаты данного диссертационного исследования были внедрены в Муниципальном учреждении здравоохранения ' «Городская больница № 2».

Расчет себестоимости носителя затрат, описанный в параграфе 2.2 «Построение эффективной системы управления затратами МУЗа» данного диссертационного исследования представлен ниже. Исходными данными для проведения расчета себестоимости носителя затрат послужила финансовая отчетность МУЗ «Городская больница № 2».

Шаг 1. Выделение основных и вспомогательных видов деятельности МУЗа.

Деятельность МУЗ «Городская больница № 2» распределяется по видам: основная медицинская и вспомогательная немедицинская. Классификация видов деятельности МУЗ «Городская больница № 2» представлена в таблице 3.2.2.

Таблица 3.2.2 - Классификация видов деятельности МУЗа «Городская больница № 2»⁴⁹

Основной вид деятельности МУЗа	Вспомогательный вид деятельности МУЗа
Медицинская деятельность:	Немедицинская деятельность:
Акушерство и гинекология	Питание
Диагностика и исследования	Уборка помещений и территории
Диагностика	Охрана
Лабораторная диагностика	Служба белья и мягкого инвентаря
Клиническая лабораторная диагностика	Формирование, учет и обслуживание персонала
Лабораторное дело	Обслуживание системы жизнеобеспечения
Лабораторная диагностика	Воспитание
Нейрохирургия	Экономика
Общественное здоровье и организация	Статистика
	Обслуживание мед. техники и оборудования

⁴⁹ Источник: авторский, таблица составлена на основании анализа Уставов МУЗов.

131

денным 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 удовлетворенности.

1. Показатели медицинской эффективности.

Относительным показателем, в наиболее общем виде отражающим медицинскую эффективность, является коэффициент медицинской результативности (Кмр). 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 (n).

$$K_{mp} = M_{pf} : n$$

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

$$K_{dr} = (ДИф) : n$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - Кл - рассчитывается как отношение количества лечебных про-

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 и качества медицинской помощи, по мнению многочисленных авторов¹², состоит из комплекса критериев: соответствия современному уровню развития науки (профессиональный компонент); удовлетворения потребностей (и ожиданий) пациентов; соответствия установленным требованиям и стандартам; оптимальному эффективному использованию ресурсов, соответствия достигнутого результата желаемому (ожидаемому).

Социальная эффективность и качество медицинской помощи оцениваются на основе эмпирического измерения определяющих их свойств. Единичные и комплексные показатели социальной эффективности и качества медицинской помощи могут объединяться в различные группы в зависимости от того, какие отношения объекта (системы) с внешней средой должны быть отражены.

На основе современного спектра исследований в области изучения и оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи,

¹² См., например, Кирбасова Н.П., Бабиков Д.Р. Бизнес-планирование как комплексный метод решения проблемы повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в условиях многоканального финансирования. // Главный врач. - 2004. - № 3. - С. 38 - 44; Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / В.И. Кант.-М.: Медицина, 1978; Москвитин А.В. Экспертиза качества оказания медицинской помощи при индивидуальной сдельной форме оплаты труда // Здравоохранение РФ - 1997. - №6 и др.

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 удовлетворенности.

1. Показатели медицинской эффективности.

Относительным показателем, в наиболее общем виде отражающим медицинскую эффективность, является коэффициент медицинской результативности (К_{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 (*n*).

$$K_{mp} = MP\phi : n$$

Эффективность диагностической работы отражает соответствующий коэффициент - К_{диагн}. Для определения этого показателя рассчитывается отношение количества диагностических исследований, выполненных за отчетный период (ДИАГФ), к общему числу выбывших за этот же период пациентов (*n*).

$$K_{diag} = (ДИАГФ : n)$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - К_л - рассчитывается как отношение количества лечебных про-

Относительным показателем, в наиболее общем виде отражающим медицинскую эффективность, является коэффициент медицинской результативности (К_{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 (*n*).

$$K_{mp} = MP\phi : n$$

Эффективность диагностической работы отражает соответствующий коэффициент - К_{диагн}. Для определения этого показателя рассчитывается отношение количества диагностических исследований, выполненных за отчетный период (ДИАГФ), к общему числу выбывших за этот же период пациентов (*n*). Степень выполнения

соответствующего медицинского стандарта высчитывается посредством коэффициента (St): точное соблюдение стандарта оценивается коэффициентом, равным 1,0; при отклонении в любую сторону эта величина уменьшается, превращаясь в доли единицы. Коэффициент St определяется как средняя за оцениваемый период величина (для учреждения в целом).

$$K_{diag} = (ДИАГФ : n) \times St$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - К_л - рассчитывается как отношение количества лечебных процедур, выполненных за оцениваемый период (КлФ), к общему числу пациентов, выбывших за этот же период (*n*).

ПлотниковаEC2011.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ПлотниковаEC201... x ? Войти

117 / 163 50% Общи

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

$$Kл = (Клп : п)$$

2. Показатели социальной удовлетворенности

К приоритетным характеристикам, по мнению пациентов, здесь относится 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.

117

220,2 x 298,6 мм

ЕсеваЖБ2006.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ЕсеваЖБ2006... x ? Войти

130 / 200 50% Общи

130

$$Kа = (Кап : п) \times \Delta t$$

Критерием оценки качества медицинской деятельности, которое, как уже отмечалось, является обязательным компонентом медицинской эффективности, служит наличие или отсутствие дефектов медицинских вмешательств. К дефектам относятся технические погрешности, необоснованные отклонения от технологических схем проведения диагностических исследований, лечебных и оздоровительных процедур, нарушения этических норм при контактах медика и пациента.

Коэффициент качества медицинской деятельности (Ккм) представляет собой отношение количества выявленных в отчетном периоде дефектов медицинских вмешательств всех групп к общему числу выбывших за этот период пациентов (п).

$$Kкм = Kд : п$$

Для количественной оценки динамики описанных показателей по расчетным периодам рассчитываются базисные и цепные индексы медицинской эффективности.

2. Показатели социальной эффективности.

К приоритетным характеристикам, по мнению пациентов, здесь относится 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

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

$K_n = (K_p / p)$

2. Показатели социальной удовлетворенности.

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.

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:

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

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

3. 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 (Кс):

$K_s = N_y / N_{общ}$

где

N_y - число случаев удовлетворенности пациентов;

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

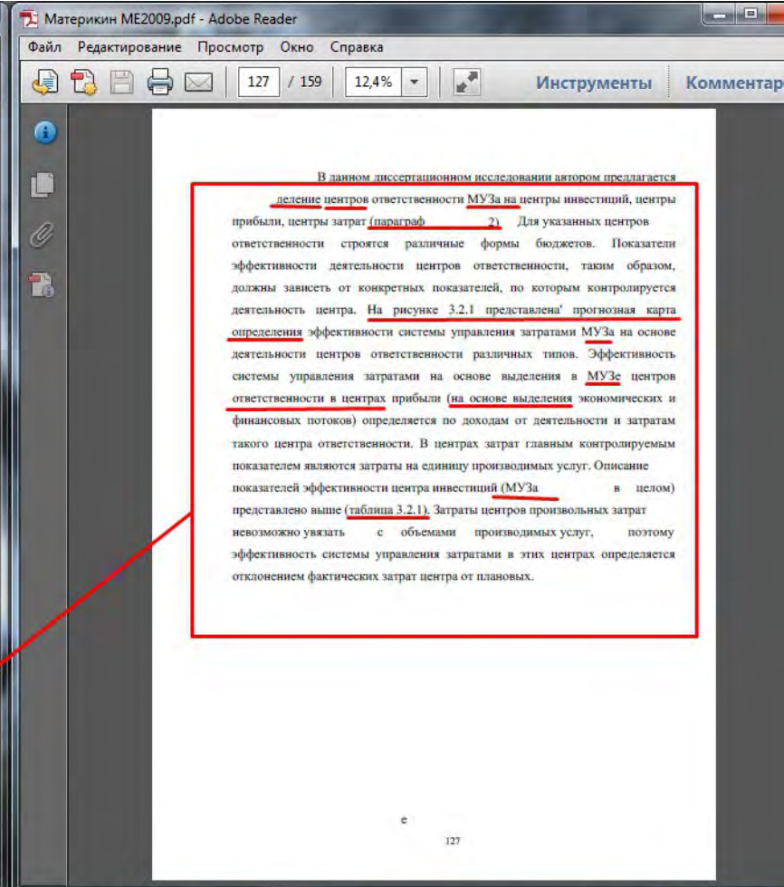
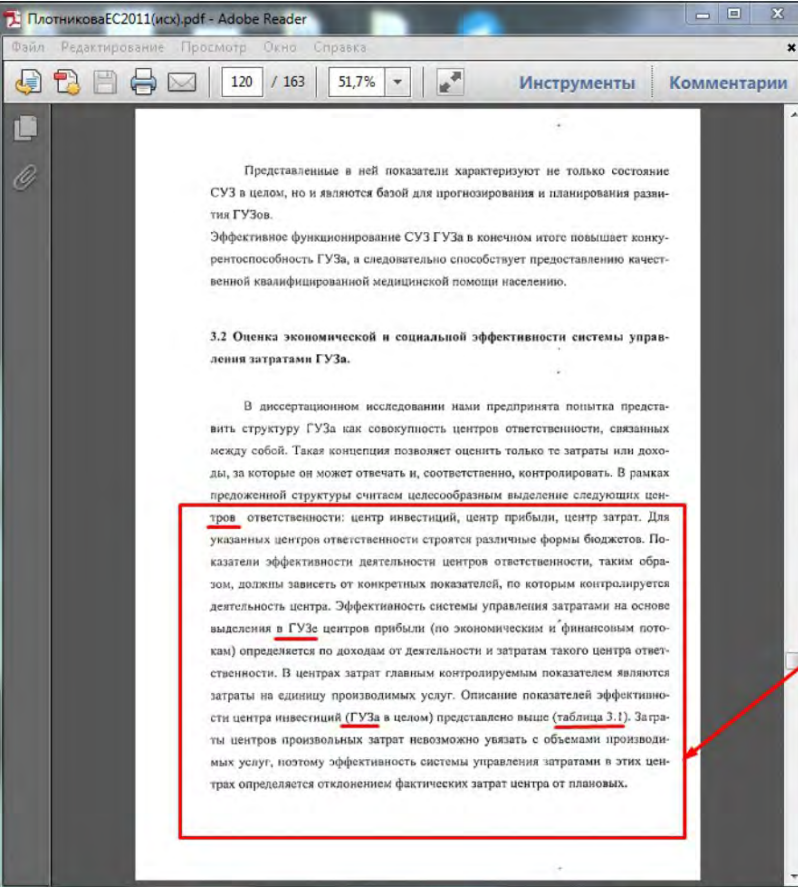


Таблица 3.2.

Анализ экономических показателей ФГУЗ МСЧ № 100
по центрам ответственности⁹

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 счет сокращения постоянных затрат ГУЗа;
- запас финансовой прочности.

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

бюджете» отклонения

отделении должны разделяться по причинам их возникновения, а также исполнителям, допустившим эти отклонения.

Кроме традиционных показателей эффективности деятельности МУЗа в целом [13], рассчитываемых на основе утвержденных форм бухгалтерской и статистической отчетности МУЗо предложенная автором система управления затратами МУЗа дает возможность использовать более обширную и глубокую информацию о затратах и доходах МУЗа, позволяющую рассчитать показатели эффективности деятельности, которые характерны для хозяйствующих субъектов, осуществляющих предпринимательскую деятельность. Среди таких показателей могут быть:

- рентабельность отдельных видов услуг МУЗа по внебюджетной деятельности;
- маржинальный доход на единицу услуг;
- изменения точки безубыточности за счет сокращения удельных постоянных затрат МУЗа;
- производственный левэридж;
- маржинальный запас прочности.

Таким образом, система мониторинга управления затратами МУЗа будет выглядеть, как показано на рисунке 3.2.2.

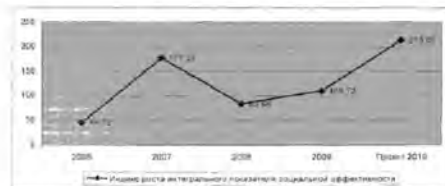


Рис. 3.4. Динамика индекса интегрального показателя социальной эффективности

Далее необходимо привести организационно-методологические особенности управления затратами ГУЗ, 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.

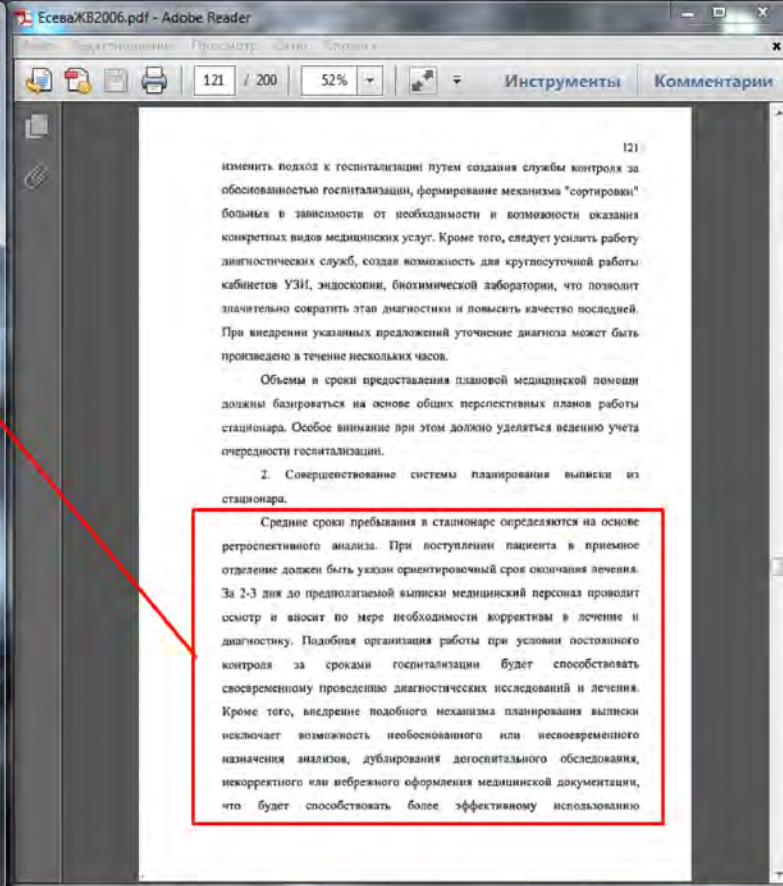
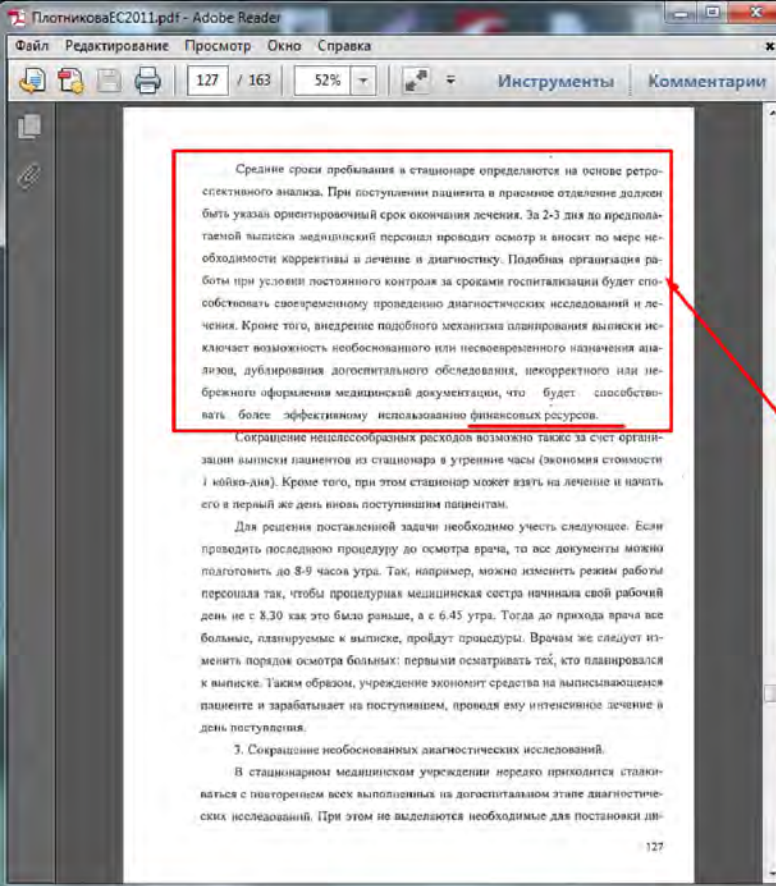
2. Совершенствование системы планирования выписки из стационара.

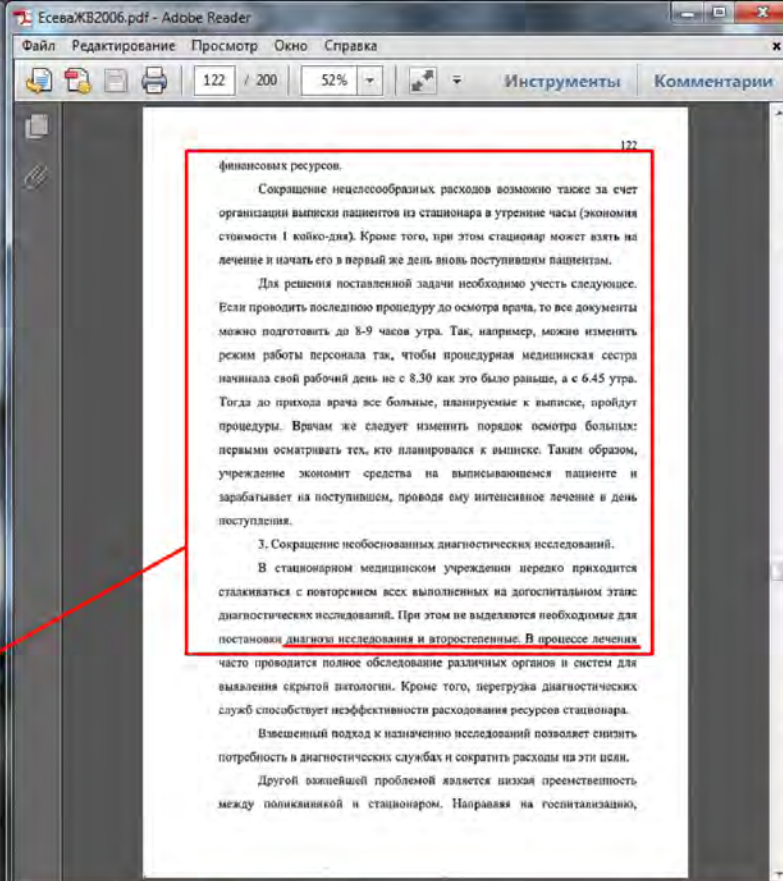
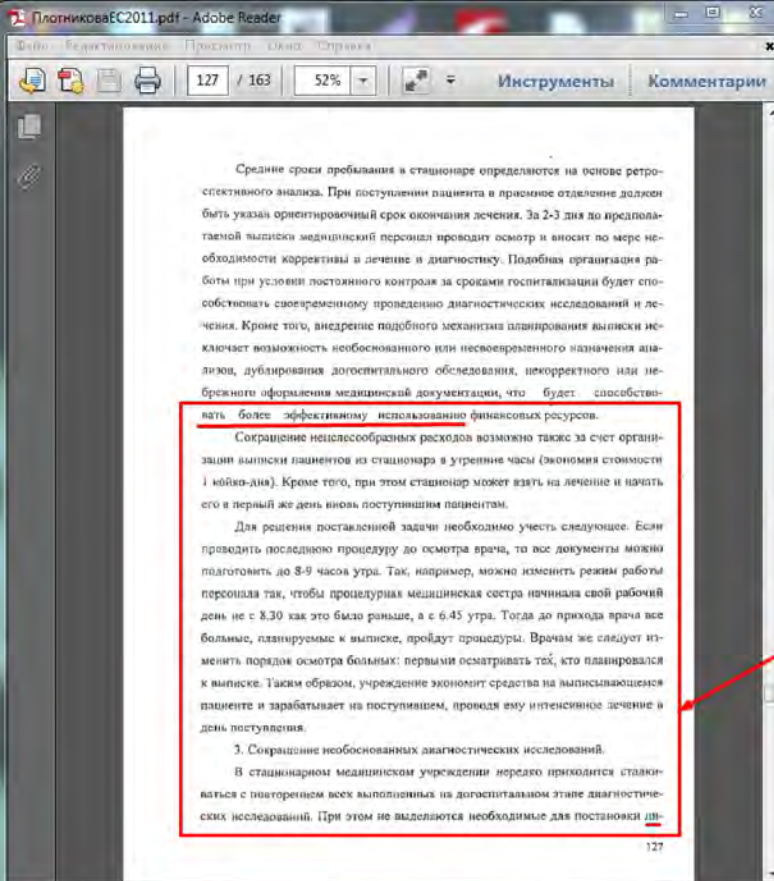
изменить подход к госпитализации путем создания службы контроля за обоснованностью госпитализации, формирование механизма "сортировки" больных в зависимости от необходимости и возможности оказания конкретных видов медицинских услуг. Кроме того, следует усилить работу диагностических служб, создав возможность 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 лечению. Кроме того, внедрение подобного механизма планирования выписки исключает возможность необоснованного или несвоевременного назначения анализов, дублирования дегоспитального обследования, некорректного или небрежного оформления медицинской документации, что будет способствовать более эффективному использованию





ПлотниковаEC2011.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ПлотниковаEC201... x ?

128 / 163 50%

Общий

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 позволяет 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:

128

219,1 x 297,5 мм

ЕсеваЖБ2006.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ЕсеваЖБ2006... x ? Войти

122 / 200 50%

Общий

122

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 процедуру. 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.

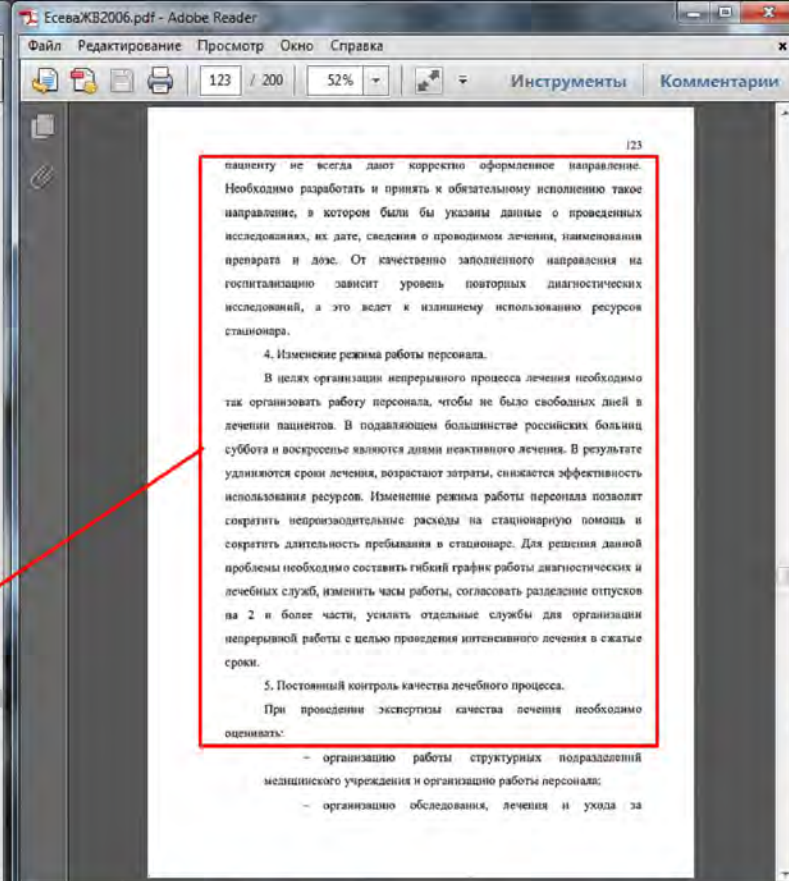
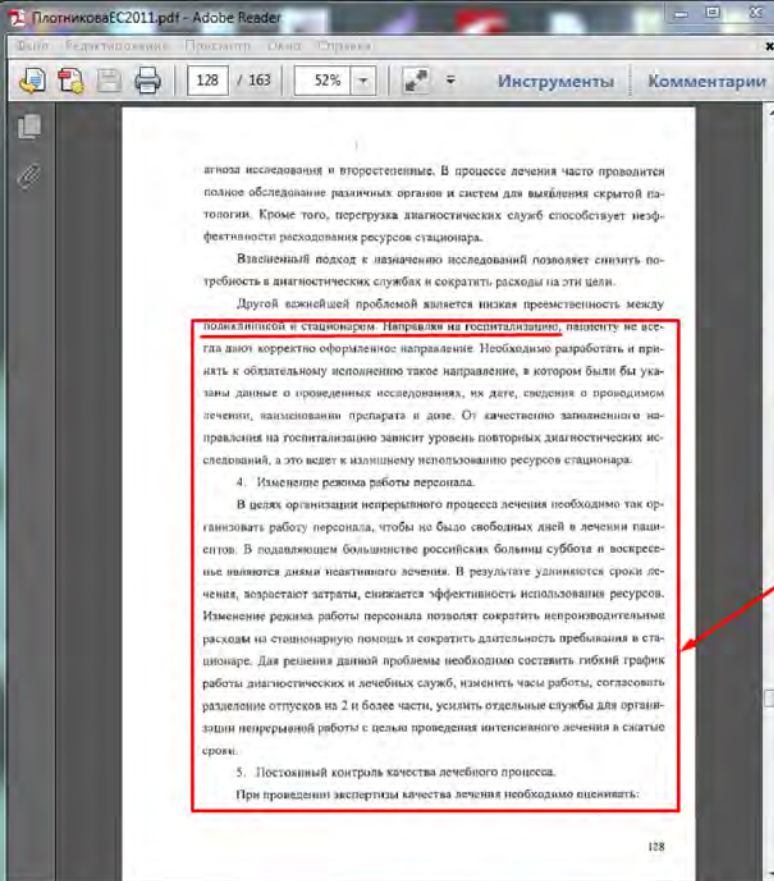
В стационарном медицинском учреждении нередко приходится сталкиваться с повторением всех выполненных на догоспитальном этапе диагностических исследований. При этом не выделяются необходимые для постановки диагноза исследования и второстепенные. В процессе лечения часто проводится полное обследование различных органов и систем для выявления скрытой патологии. Кроме того, перегрузка диагностических служб способствует неэффективности расходования ресурсов стационара.

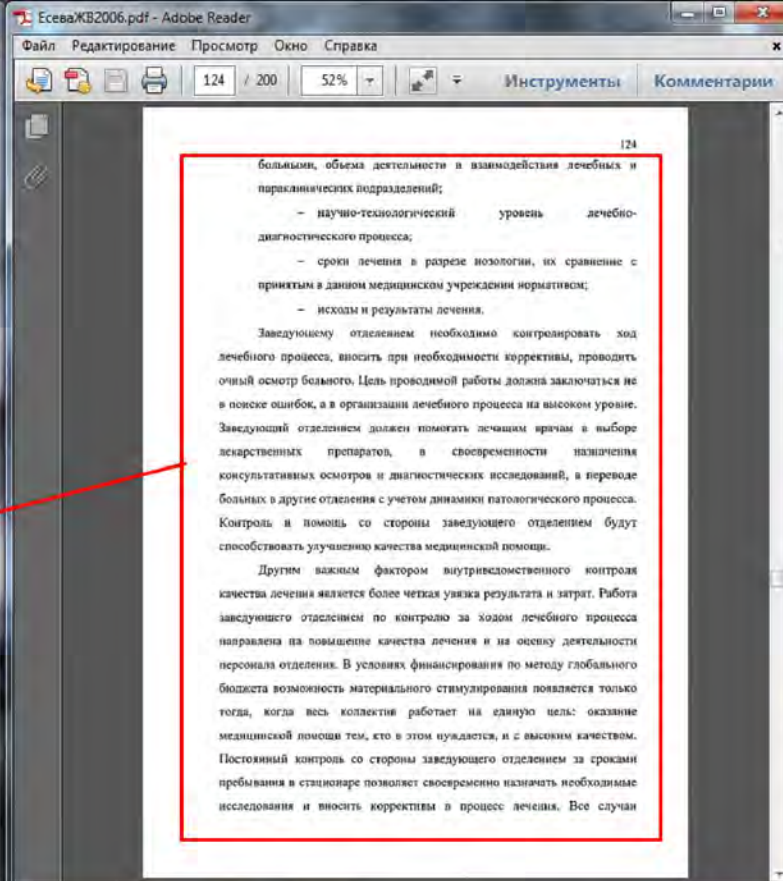
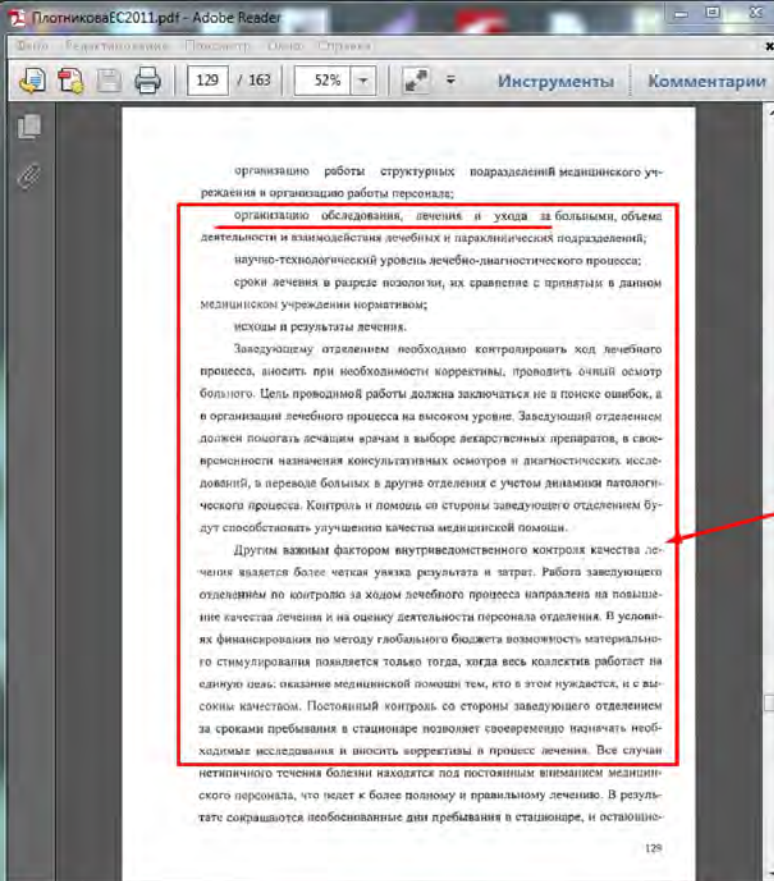
Взвешенный подход к назначению исследований позволяет снизить потребность в диагностических службах и сократить расходы на эти цели.

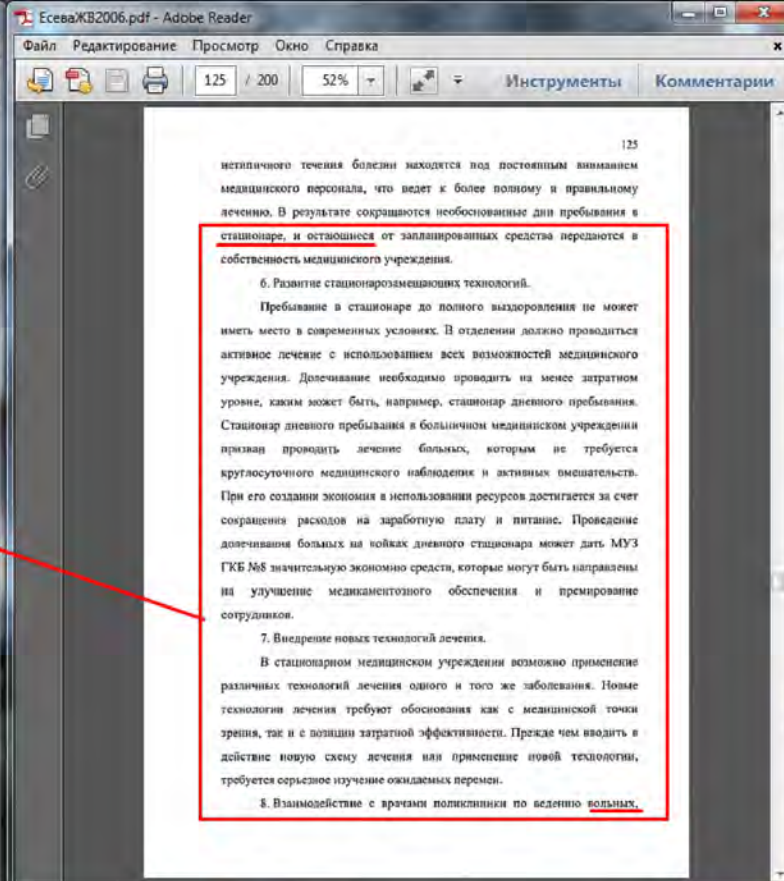
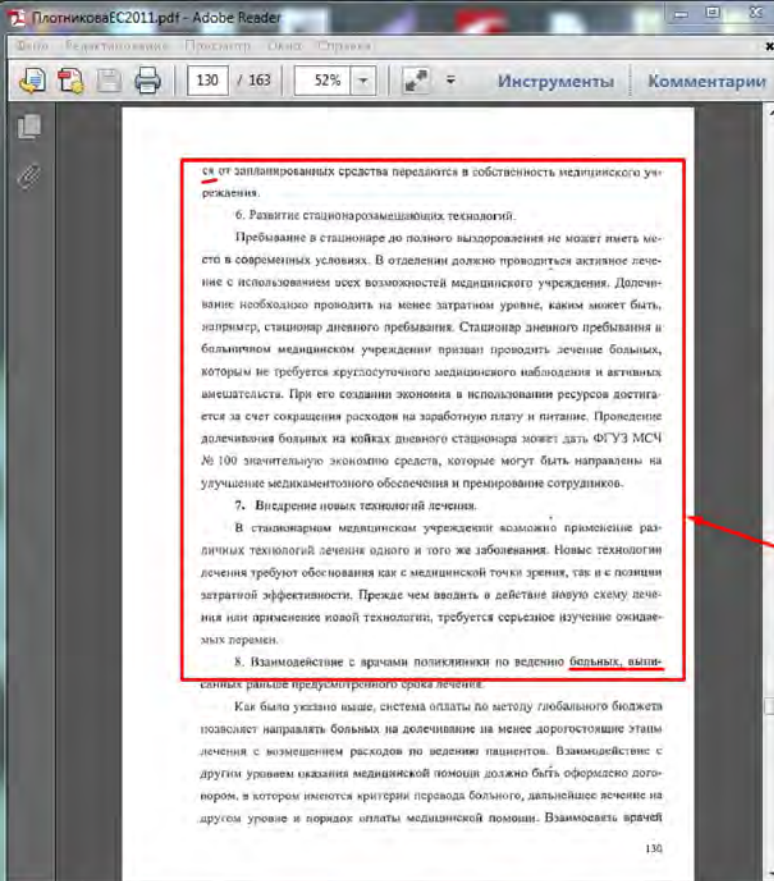
Другой важнейшей проблемой является низкая преемственность между поликлиникой и стационаром. Направляя на госпитализацию,

122

208,5 x 294,5 мм







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

выписанных раньше предусмотренного срока лечения.

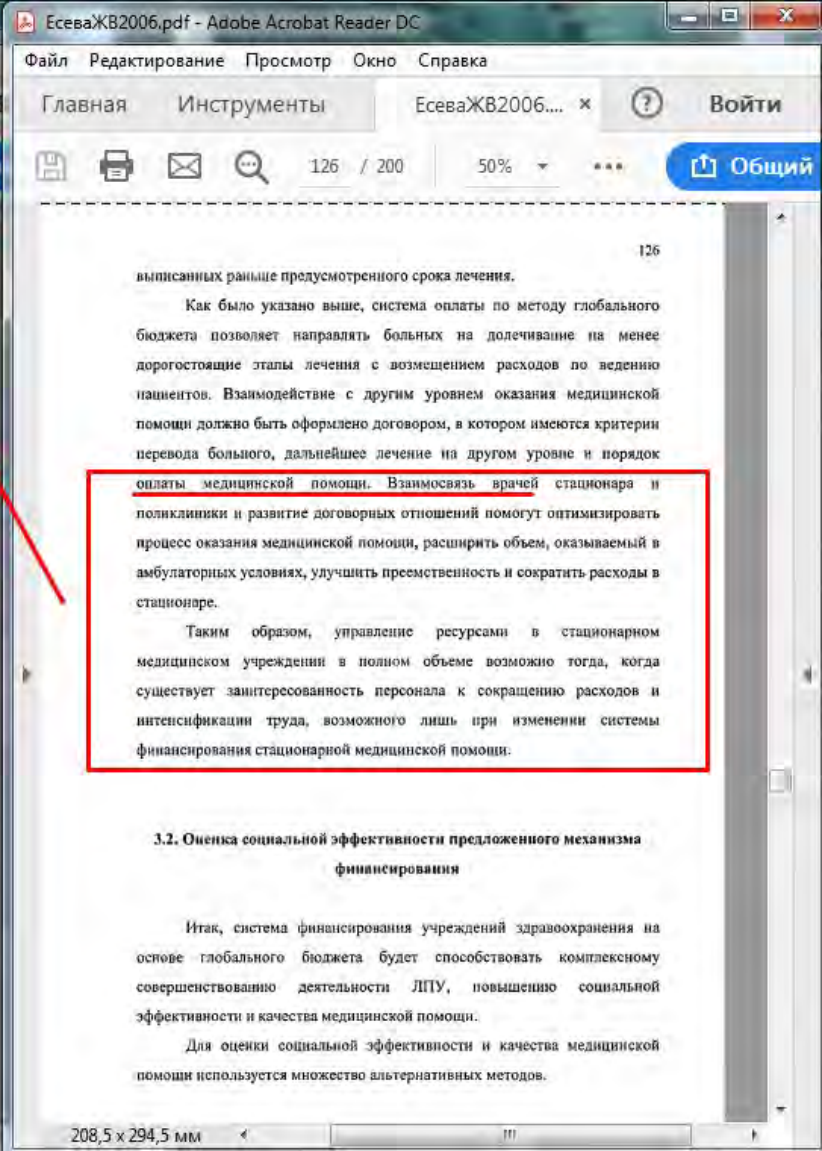
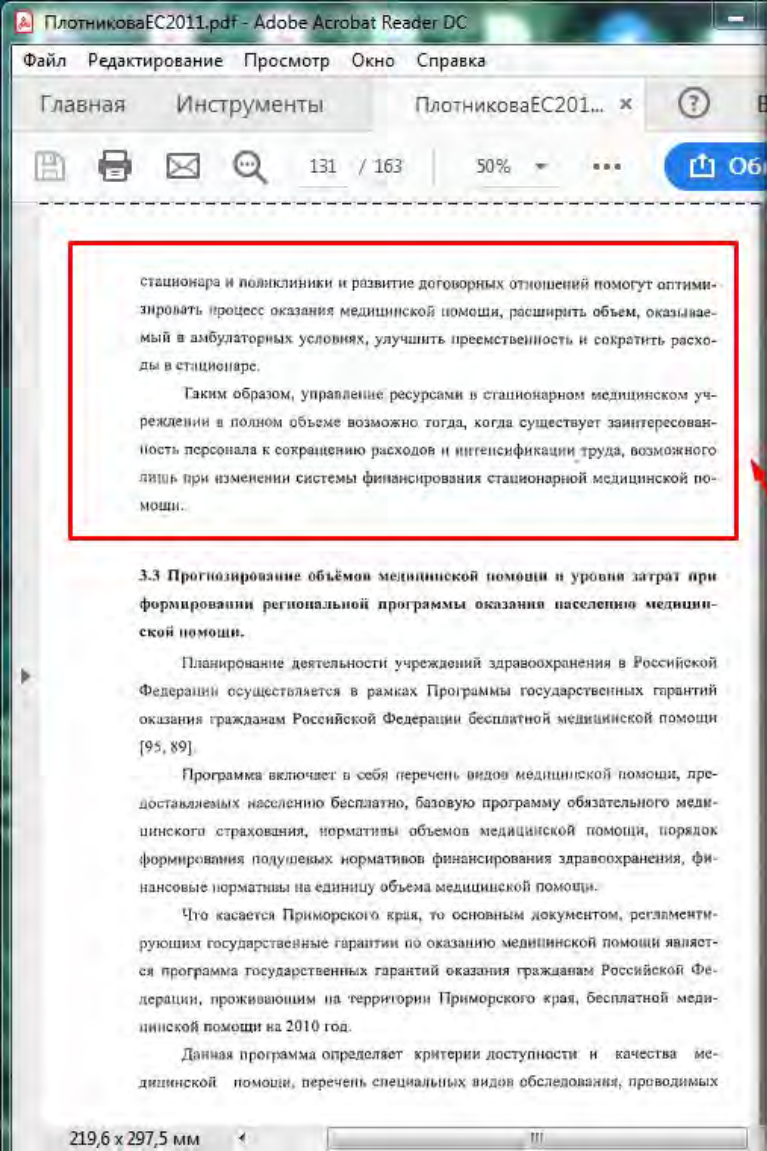
Как было указано выше, система оплаты по методу глобального бюджета позволяет направлять больных на долечивание на менее дорогостоящие этапы лечения с возмещением расходов по ведению пациентов. Взаимодействие с другим уровнем оказания медицинской помощи должно быть оформлено договором, в котором имеются 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, возможной лишь при изменении системы финансирования стационарной медицинской помощи.

3.2. Оценка социальной эффективности предложенного механизма финансирования

Итак, система финансирования учреждений здравоохранения на основе глобального бюджета будет способствовать комплексному совершенствованию деятельности ЛПУ, повышению социальной эффективности и качества медицинской помощи.

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



стационара и поликлиники и развитие договорных отношений помогут оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, расширить объем, оказываемый в амбулаторных условиях, улучшить лрремственность и сохранить 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 объемов 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 полудешевых 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

Исходя из вышесказанного, можно говорить как о структуре целого, так и о структуре его составных частей, т.е. макро- и микроструктуре здравоохранения. Региональная модель здравоохранения входит в целостную макроструктуру административно-территориального образования и характеризуется наличием таких элементов, как:

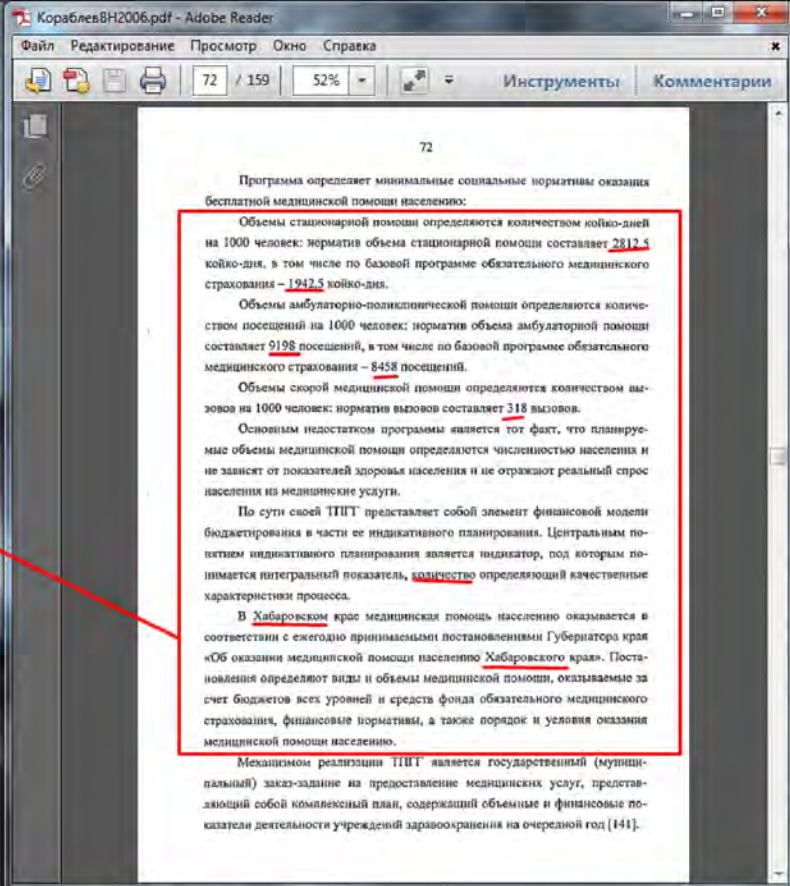
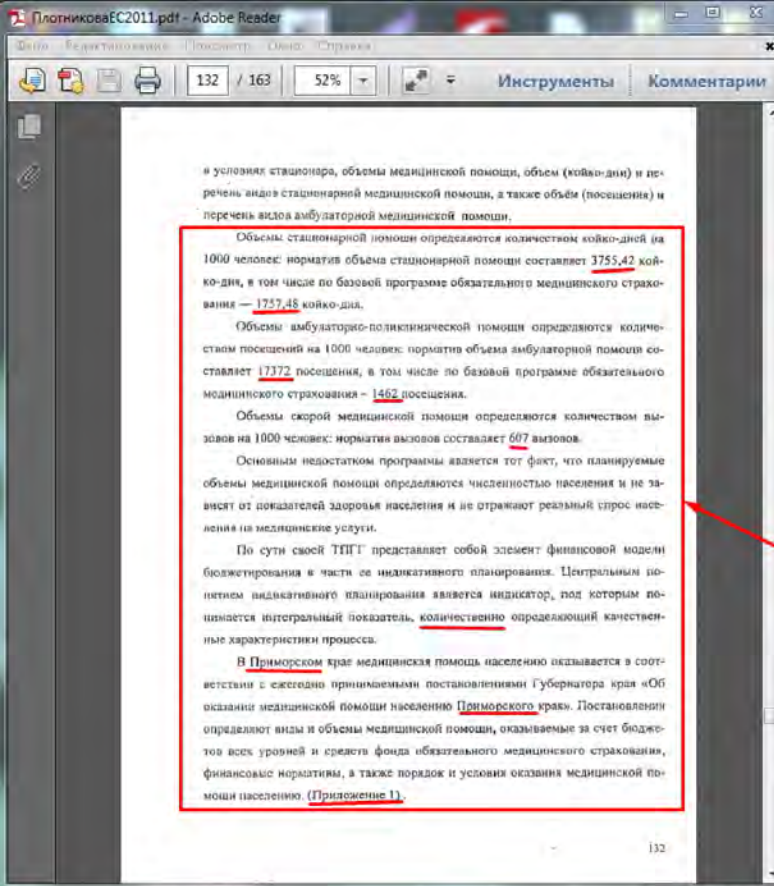
1. Потребность населения в видах и объемах медицинской помощи.
2. Организационная структура системы здравоохранения.
3. Уровни элементов макроструктуры (регион, город, район).
4. Субъекты и объекты управления.
5. Структура управления.
6. Ресурсы.
7. Технологии.
8. Медицинские, социальные и экономические результаты.
9. Нормативы и стандарты.
10. Внешние и внутренние связи.

Все вышесказанные составные части стратегии развития здравоохранения определяют инновационную привлекательность отрасли, как важнейшее условие ее дальнейшего развития и внедрения рыночных механизмов.

2.2. Методология планирования и прогнозирования объемов 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 полудешевых нормативов финансирования здравоохранения, финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи.



Механизм реализации ТПГТ 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 и в % к 2005 г.
Стационарная (пролеченные больные)	324741	316598	339969	347350	109,9
Стационарная (койко-дни)	498551	515818	502281	492348	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15764344	1490700	91,9
Скорая медицинская помощь (вызовы)	635669	593770	620841	619770	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%).

Программа определяет минимальные социальные нормативы оказания бесплатной медицинской помощи населению:

Объемы стационарной помощи определяются количеством койко-дней на 1000 человек: норматив объема стационарной помощи составляет 2812,5 койко-дня, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 1942,5 койко-дня.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи определяются количеством посещений на 1000 человек: норматив объема амбулаторной помощи составляет 9198 посещений, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 8458 посещений.

Объемы скорой медицинской помощи определяются количеством вызовов на 1000 человек: норматив вызовов составляет 318 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 ТПГТ представляет собой элемент финансовой модели бюджетирования в части ее индикативного планирования. Центральным понятием индикативного планирования является индикатор, под которым понимается интегральный показатель, количество определяющий качественные характеристики процесса.

В Хабаровском крае медицинская помощь населению оказывается в соответствии с ежегодно принимаемыми постановлениями Губернатора края «Об оказании медицинской помощи населению Хабаровского 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.

Механизм реализации ТПГТ является государственный (муниципальный) заказ-задание на предоставление медицинских услуг, представляющий собой комплексный план, содержащий объемные и финансовые показатели деятельности учреждений здравоохранения на очередной год [141].

Механизм реализации ППТ 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					2009 г. в % к 2005 г.
	2005	2006	2007	2008	2009	
Стационарная (пролечено больных)	324743	336598	339969	343850	356947	109,9
Стационарная (койко-дней)	4986571	5154148	5023281	4923488	4988759	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15364244	1490703	14802868	91,9
Скорая медицинская помощь (вызовы)	635669	593770	620841	619770	610711	96,1

Объемы оказания медицинской помощи в 2009 году в %-ах к 2005 году

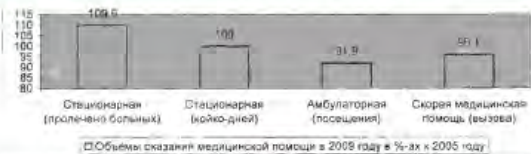


Рис. 3.5 Объемы оказания медицинской помощи в 2009 году по отношению к 2005 году.

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%).

В табл. 5 и 6 представлены объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг.

Таблица 5 – Объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг.

Виды медицинской помощи	Годы					2004 г. в % к 2000 г.
	2000	2001	2002	2003	2004	
Стационарная (пролечено больных)	324743	336598	339969	343850	356947	109,9
Стационарная (койко-дней)	4984531	5134148	5023281	4923488	4988759	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15364244	1490703	14802868	91,9
Скорая медицинская помощь (вызовы)	635669	593770	620841	619770	610711	96,1

Таблица 6 – Объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг. (на 1000 населения)

Виды медицинской помощи	Годы					2004 г. в % к 2000 г.
	2000	2001	2002	2003	2004	
Стационарная (пролечено больных)	216	225	229	240	250	115,7
Стационарная (койко-дней)	3308	3432	3380	3432	3496	105,7
Амбулаторная (посещения)	10681	10668	10340	10391	10373	97,2
Скорая медицинская помощь (вызовы)	422	397	418	432	428	101,4

Из табл. 5 следует, что в период с 2000 по 2004 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%).

Анализ стандартизованных показателей (на 1000 населения) видов медицинской помощи за 2000-2004 гг. так же показал значительный рост объемов стационарной помощи при одновременном уменьшении объемов амбулаторно-поликлинической помощи населению.

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 восполнить 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.

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 восполнить затраты лечебно-профилактических учреждений 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]. Это 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 Хабаровском крае в период с 1998 по 2003 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 Хабаровского края на медицинские услуги до 2010 года нами изучена динамика общей численности населения Хабаровского края до 2010 года, а также динамика объемов оказания стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи [66, 68].

С целью изучения динамики общей численности населения края до 2010 года выбрано линейное уравнение регрессии [149]:

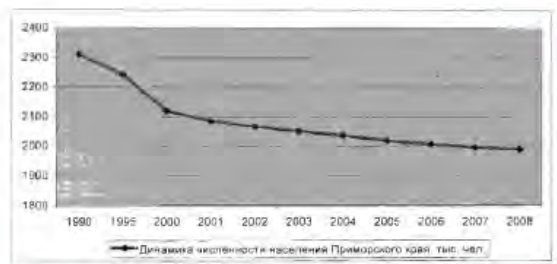


Рис. 3.6 Динамика численности населения Приморского края¹⁶

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

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

где Y_t – общая численность населения в году t ;
 a, b – коэффициенты уравнения регрессии.
 В результате расчетов получено уравнение регрессии:

$$Y_t = 2322,4309 - 14,085 \cdot t$$

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).

¹⁶ Рассчитано автором на основе данных статистического Регионы России 2009: социально-экономические показатели, декабрь 3.

75

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

где Y_t – общая численность населения в году t ;
 a, b – коэффициенты уравнения регрессии.
 В результате расчетов получено уравнение регрессии:

$$Y_t = 1635,531 - 14,085 \cdot t$$
 Характеристики данного уравнения (коэффициент детерминации $R^2 = 0,995$; 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. 7).

Таблица 7 – Прогноз динамики общей численности населения Хабаровского края до 2010 года

Год	t	Общая численность населения, тыс. чел.	Расчетные значения общей численности населения по уравнению (1)	Отклонения (3)-(4)	(5)/(3) относительная ошибка
1992	1	1623,1	1621,4	1,7	0,1%
1993	2	1610,2	1607,4	2,8	0,2%
1994	3	1597,4	1593,3	4,1	0,3%
1995	4	1577,3	1579,2	-1,9	-0,1%
1996	5	1560,3	1565,1	-4,8	-0,3%
1997	6	1546,3	1551,0	-4,7	-0,3%
1998	7	1535,0	1536,9	-1,9	-0,1%
1999	8	1523,1	1522,8	0,5	0,0%
2000	9	1506,6	1508,8	-2,2	-0,1%
2001	10	1495,0	1494,7	1,2	0,1%
2002	11	1485,8	1480,6	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 1635,5309 - 14,085 \cdot t$					
Прогноз по уравнению					
2003	12		1466,5		
2004	13		1452,4		
2005	14		1438,3		
2006	15		1424,2		
2007	16		1410,2		
2008	17		1396,1		
2009	18		1382,0		
2010	19		1367,9		

Примечание: столь длительные прогнозы обычно не делаются. Мы сделали точный прогноз, а чем он длительней, тем шире «коридор» разброса от полученной точки.



Таблица 3.7.

Прогноз динамики общей численности населения

Приморского края до 2014 года¹¹

Год	t	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	2239,3	2,8	0,2%
2000	3	2120	2115,9	4,1	0,3%
2001	4	2086	2087	-1,9	-0,1%
2002	5	2067	2073,8	-4,8	-0,3%
2003	6	2055	2065,7	-4,7	-0,3%
2004	7	2046	2057,9	-1,9	-0,1%
2005	8	2037	2050,3	0,5	0,0%
2006	9	2008	2000,2	-2,2	-0,1%
2007	10	1996	1994	1,2	0,1%
2008	11	1988	1982,8	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 2151,4309 - 14,085 \cdot t$					
Прогноз по уравнению					
2009	12		1982,4		
2010	13		1968,9		
2011	14		1954,2		
2012	15		1939,2		
2013	16		1924,0		
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 Расчетные значения на основе данных статистического Региона России 2009г: социально-экономические показатели, раздел 3.

75

$$\hat{Y}_t = a + b \cdot t, \quad (1)$$

где \hat{Y}_t – общая численность населения в году t;

a, b – коэффициенты уравнения регрессии.

В результате расчетов получено уравнение регрессии:

$$\hat{Y}_t = 1635,531 - 14,085 \cdot t.$$

Характеристики данного уравнения (коэффициент детерминации $R^2 = 0,995$; 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. 7).

Таблица 7 – Прогноз динамики общей численности населения Хабаровского края до 2010 года

Год	t	Общая численность населения, тыс. чел.	Расчетные значения общей численности населения по уравнению (1)	Отклонения (3)-(4)	(5)(3) относительная ошибка
1997	1	1623,1	1621,4	1,7	0,1%
1999	2	1610,2	1607,4	2,8	0,2%
1999	3	1597,6	1593,3	4,1	0,3%
1999	4	1584,3	1579,2	-1,9	-0,1%
1999	5	1569,3	1565,1	-4,8	-0,3%
1997	6	1547,3	1551,0	-4,7	-0,3%
1998	7	1531,0	1536,9	-1,9	-0,1%
1999	8	1513,3	1522,8	0,5	0,0%
2000	9	1494,6	1508,8	-2,2	-0,1%
2001	10	1479,9	1494,7	1,2	0,1%
2002	11	1465,8	1480,6	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 1635,5309 - 14,085 \cdot t$					
Прогноз по уравнению					
2003	12		1466,3		
2004	13		1452,4		
2005	14		1438,3		
2006	15		1424,2		
2007	16		1410,2		
2008	17		1396,1		
2009	18		1382,0		
2010	19		1367,9		

Примечание: столь длительные прогнозы обычно не делаются. Мы сделали точный прогноз, а чем он длительней, тем шире «коридор» разброса от полученной точки.

Таблица 3.7.

Прогноз динамики общей численности населения
Приморского края до 2014 года¹¹

Год	1	Общая численность населения, тыс. чел.	Расчетные значения общей численности населения на уровне края (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	2339,2	2,8	0,2%
2000	3	2120	2315,9	4,7	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					
$Y = 2151,4305 - 14,085 * t$					
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 статистической службы России (2009): социально-экономические показатели, раздел 5.

76

Из табл. 7 следует, что тенденция снижения численности населения в Хабаровском крае носит устойчивый характер. Прогнозные расчеты показывают, что при сохранении сложившейся тенденции к 2010 г. население края может уменьшиться до 1367,9 тыс. человек, что составит 92 % от численности населения в 2002 году или 84% от численности населения в 1992 г.

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

Таблица 8 – Прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Хабаровского края на период с 2002 по 2010 гг. (на 1000 населения)

Виды медицинской помощи	Годы				
	2002	2004	2006	2008	2010
Численность населения (в тыс. чел.)	1485,8	1452,4	1424,2	1396,1	1367,9
Стационарная (койко-дней)	4178813	4084875	4005563	3926531	3847219
Амбулаторная (посещения)	13666388	13359175	13099792	12841328	12819442
Скорая медицинская помощь (вызовы)	472484	461863	452896	443960	434992

Из табл. 8 следует, что в Хабаровском крае в период с 2002 по 2010 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 уменьшаться в 2010 году по сравнению с 2002 годом на 8 %, а по сравнению с 1992 годом – на 26 %; амбулаторно-поликлинической помощи – соответственно на 6 и 20 %; скорой медицинской помощи – на 8 и 32 %.

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 деле-

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	7339392,848	7286245,184	7233114,893	7189163,04
Амбулаторная (посещения)	34191307,6	33951836,8	33705154,4	33466209,2	33215264
Скорая медицинская помощь (вызовы)	1194738,1	1186538,8	1177701,4	1169142,7	1160594

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 (пропущенный больной, посещение, вызов).

Из табл. 7 следует, что тенденция снижения численности населения в Хабаровском крае носит устойчивый характер. Прогнозные расчеты показывают, что при сохранении сложившейся тенденции к 2010 г. население края может уменьшиться до 1367,9 тыс. человек, что составит 92 % от численности населения в 2002 году или 84% от численности населения в 1992 г.

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

Таблица 8 – Прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Хабаровского края на период с 2002 по 2010 гг. (на 1000 населения)

Виды медицинской помощи	Годы				
	2002	2004	2006	2008	2010
Численность населения (в тыс. чел.)	1485,8	1452,4	1424,2	1396,1	1367,9
Стационарная (койко-дней)	4178813	4084875	4005563	3926551	3847219
Амбулаторная (посещения)	13666388	13359175	13099792	12841328	12819442
Скорая медицинская помощь (вызовы)	472484	461863	452896	443960	434992

Из табл. 8 следует, что в Хабаровском крае в период с 2002 по 2010 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 2010 году по сравнению с 2002 годом на 8 %, а по сравнению с 1992 годом - на 26 %; амбулаторно-поликлинической помощи - соответственно на 6 и 20%; скорой медицинской помощи - на 8 и 32 %.

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

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:

ния средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов). 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 [68].

В этой связи предлагаемую нами инновационную финансовую модель здравоохранения региона можно представить в виде следующей формулы:

$$\hat{R}_j = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n T_{ij} \cdot N_{ij} \cdot k \quad (2)$$

где \hat{R}_j - затраты на здравоохранение (консолидированный бюджет и средства ОМС);

T_{ij} - финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи в Хабаровском крае;

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

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

N_{ij} - количество услуг;

$k = 1,035$ (индекс заболеваемости) - средние сложившийся показатель за 2000-2004 годы, рассчитывается как отношение показателя общей заболеваемости населения в территории к показателю общей заболеваемости по Российской Федерации.

Инновационная 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 ТППГ.

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

$$Z = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J N_{ij} \cdot \underline{Q}_{ij} \cdot I \quad \text{где:} \quad (2)$$

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

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

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

$j = 1, 2, \dots, J$ – уровни оказания услуг (клинический, городской, районный);

\underline{Q}_{ij} – количество услуг;

$I = 1,035$ (индекс заболеваемости) – средние 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-

ния средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов). 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 «теневого» рынка медицинских услуг [68].

В этой связи предлагаемую нами инновационную финансовую модель здравоохранения региона можно представить в виде следующей формулы:

$$\underline{R}_T = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J T_{ij} \cdot N_{ij} \cdot k \quad (2)$$

где \underline{R}_T – затраты на здравоохранения (консолидированный бюджет и средства ОМС);

T_{ij} – финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи в Хабаровском крае;

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

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

N_{ij} – количество услуг;

$k = 1,035$ (индекс заболеваемости) – средние сложившийся показатель за 2000–2004 годы, рассчитывается как отношение показателя общей заболеваемости населения в территории к показателю общей заболеваемости по Российской Федерации.

Инновационная 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.

ПлогниковаEC2011.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

140 / 163 52% Инструменты Комментарии

$$Z = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^F N_{ij} \cdot Q_{ij} = I \quad \text{таб.} \quad (2)$$

Z – затраты на здравоохранение (консолидированный бюджет и средств ОМС);

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

$i = 1, 2, \dots, k$ – 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) – среднее 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 ППГ.

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

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

140

КораблевBH2006.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

77 / 159 52% Инструменты Комментарии

77

ния средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов). 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 «теневого» рынка медицинских услуг [68].

В этой связи предлагаемую нами инновационную финансовую модель здравоохранения региона можно представить в виде следующей формулы:

$$R_j = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^F T_{ij} \cdot N_{ij} \cdot k \quad (2)$$

где R_j – затраты на здравоохранение (консолидированный бюджет и средства ОМС);

T_{ij} – финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи в Хабаровском крае;

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

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

N_{ij} – количество услуг;

$k = 1,035$ (индекс заболеваемости) – среднее сложившийся показатель за 2000–2004 годы, рассчитывается как отношение показателя общей заболеваемости населения в территории к показателю общей заболеваемости по Российской Федерации.

Инновационная 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 ППГ.

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

ПлотниковаЕС201... - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты ПлотниковаЕС201... x ? Войти

140 / 163 51%

Общ

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

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

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

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

$j = 1, 2, \dots, 7$ – уровень оказания услуг (клинический, городской, районный);

Q_{ij} – количество услуг;

I – 1,035 (индекс заболеваемости) – средние 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 ППГ.

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

В рамках реализации ППГ 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-

140

КораблевВН2006... - Adobe Acrobat Reader DC

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

Главная Инструменты КораблевВН2006... x ? Войти

78 / 159 50%

Общ

78

В рамках реализации ППГ 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 инструмент 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:

$$R_{\text{фин}} = \sum_{k=1}^K S_k * N_k * k \quad (3)$$

где $R_{\text{фин}}$ – затраты на здравоохранение, рассчитываемые через стоимость стандартов медицинской помощи;

$k = 1, 2, \dots, K$ – номер стандарта медицинской помощи;

S_k – стоимость стандартов медицинской помощи;

N_k – стандартов медицинской помощи k -го вида.

Таким образом, предлагаемая инновационная финансовая модель здравоохранения позволяет привести в соответствие объемы оказанной медицинской помощи и их финансовое обеспечение. В настоящее время в министерстве здравоохранения Хабаровского края проводится плановая работа по разработке введению в деятельность учреждений здравоохранения края стандартов медицинской помощи. Разработка стандартов осуществляется на основании приказов министерства здравоохранения края от 15.09.05 г. № 254, утвердившего порядок составления и ведения стандартов медицинской помощи и от 15.09.05 г. № 255, объявившего Номенклатуру работ и услуг в здравоохранении, утвержденную 12.07.04 г. заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым.

Кроме того, в соответствии с решением коллегии министерства здравоохранения края от 29.03.06 г. № 2 «Об итогах работы учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2005 году и задачах на 2006 год» принято решение о переводе учреждений здравоохранения края с 01.01.07 г. на финансирование по стандартам оказания медицинской помощи на условиях полного тарифа (условно переменные расходы + условно постоянные расходы).

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:

$$Z_{\text{сип}} = \sum_{m=1}^M S_m \cdot H_m, \text{ где} \quad (3)$$

$Z_{\text{сип}}$ - 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;

В рамках реализации ТПГТ 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 инструмент 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:

$$R_{\text{сип}} = \sum_{k=1}^K S_k \cdot N_k \cdot k \quad (3)$$

где $R_{\text{сип}}$ — затраты на здравоохранение, рассчитываемые через стоимость стандартов медицинской помощи;

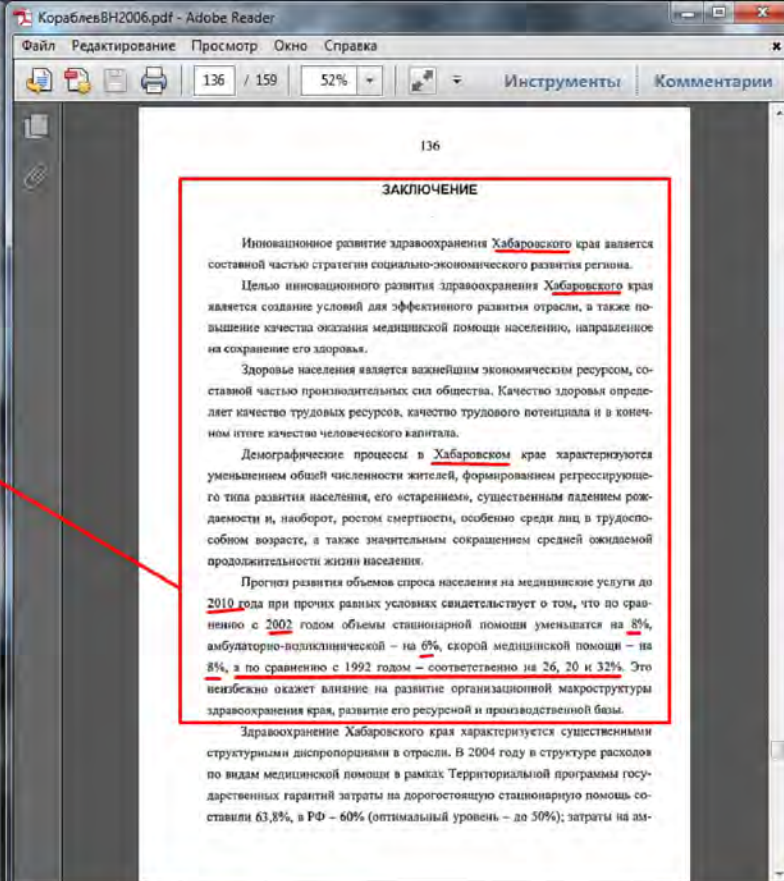
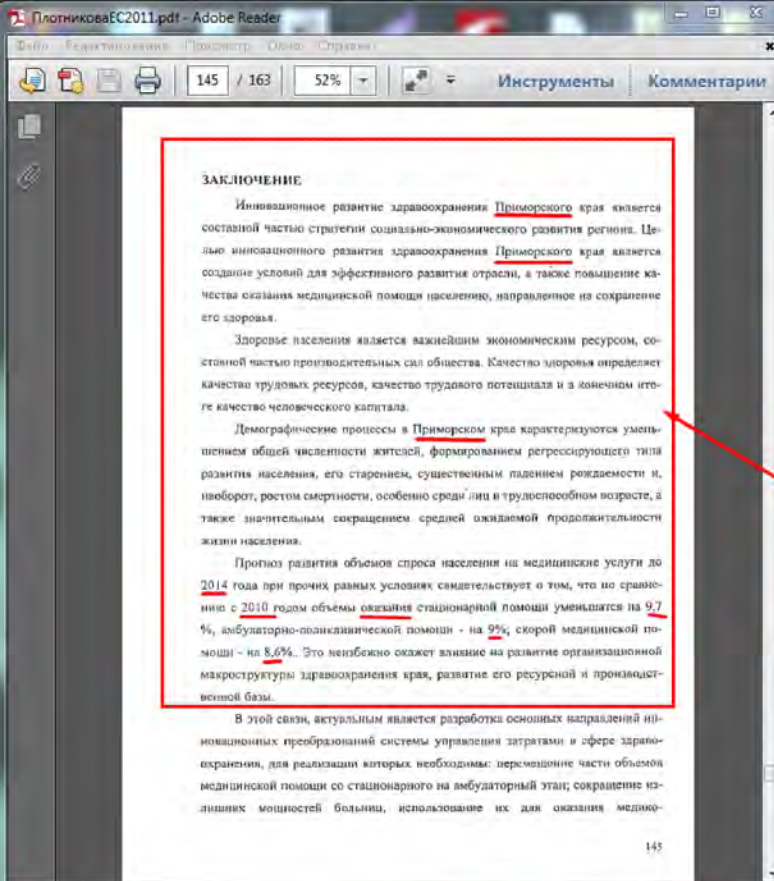
k = 1, 2, ..., K - номер стандарта медицинской помощи;

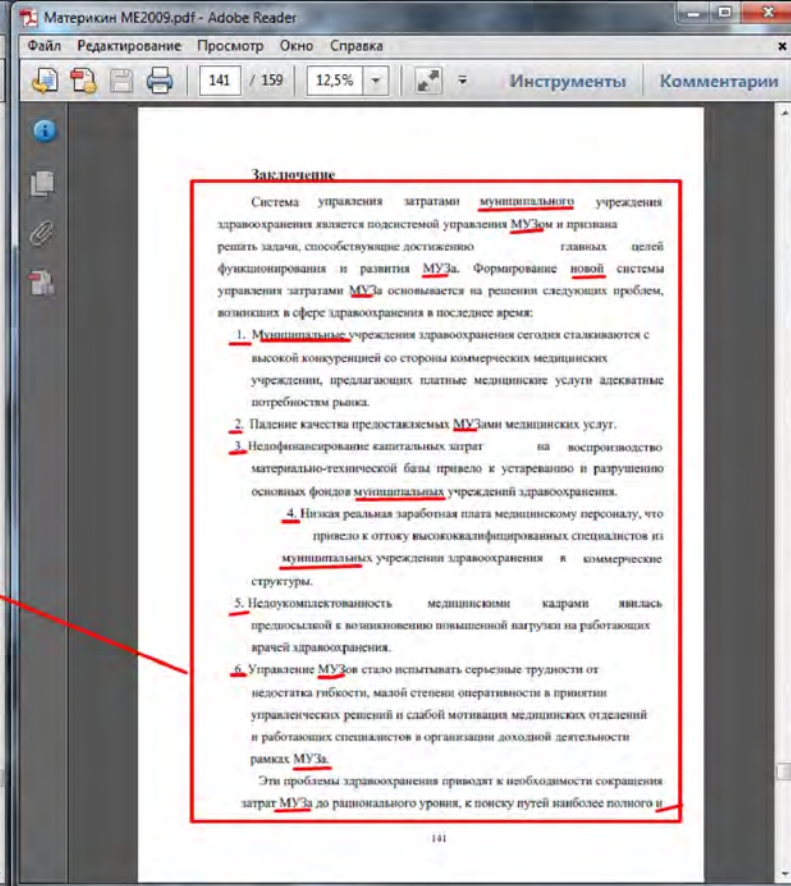
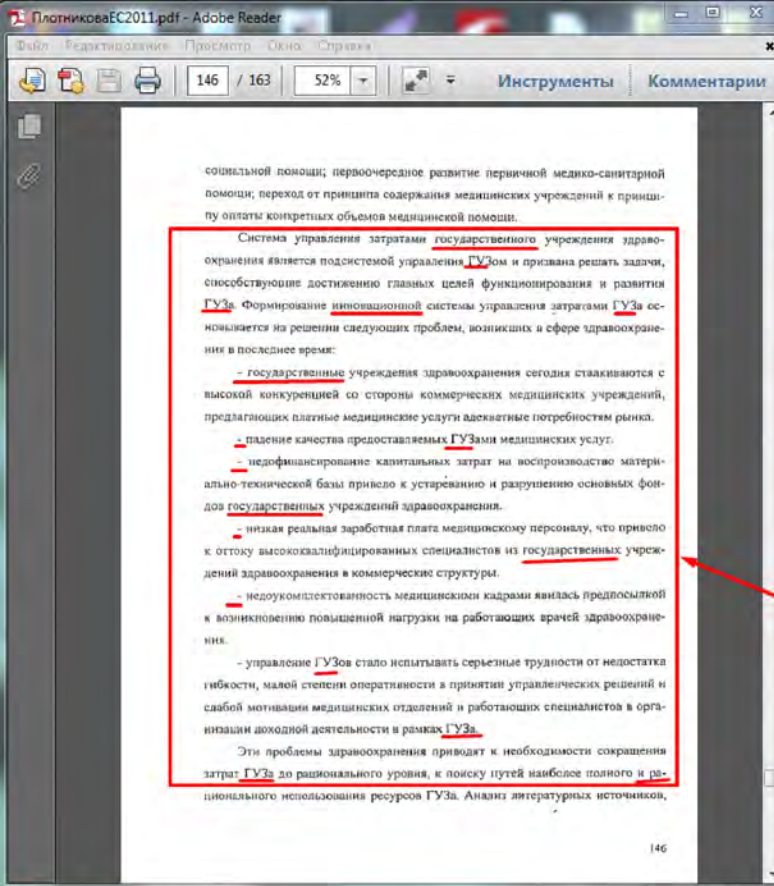
S_k — стоимость стандартов медицинской помощи;

N_k — стандартов медицинской помощи k -го вида.

Таким образом, предлагаемая инновационная финансовая модель здравоохранения позволяет привести в соответствие объемы оказанной медицинской помощи и их финансовое обеспечение. В настоящее время в министерстве здравоохранения Хабаровского края проводится плановая работа по разработке введению в деятельность учреждений здравоохранения края стандартов медицинской помощи. Разработка стандартов осуществляется на основании приказов министерства здравоохранения края от 15.09.05 г. № 254, утвердившего порядок составления и ведения стандартов медицинской помощи и от 15.09.05 г. № 255, объявившего Номенклатуру работ и услуг в здравоохранении, утвержденную 12.07.04 г. заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым.

Кроме того, в соответствии с решением коллегии министерства здравоохранения края от 29.03.06 г. № 2 «Об итогах работы учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2005 году и задачах на 2006 год» принято решение о переводе учреждений здравоохранения края с 01.01.07 г. на финансирование по стандартам оказания медицинской помощи на условиях полного тарифа (условно переменные расходы + условно постоянные расходы).





ПлотниковаЕС2011(исх).pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

147 / 163 51,5%

Инструменты Комментарии

посвященных управлению затратами, функционированию ГУЗов позволила 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, обеспечения 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

147

Материкин МЕ2009.pdf - Adobe Reader

Файл Редактирование Просмотр Окно Справка

142 / 159 12,4%

Инструменты Комментарии

рационального использования ресурсов МУЗа. Анализ литературных источников, посвященных управлению затратами, функционированию МУЗов позволила предложить следующее определение системе управления затратами МУЗа:

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 МУЗа.

Согласно этому определению руководству МУЗа необходимо решить следующие задачи:

1. Определить элементы управляющей подсистемы, а именно: перечислить все уровни управленческих должностей, которые участвуют в управлении затратами МУЗа, определить сферу полномочий и ответственности каждого из них, а также принципы их взаимодействия между собой по поводу управления теми или иными видами затрат.
2. Классифицировать элементы управляемой подсистемы, т.е. сами затраты муниципального учреждения здравоохранения, таким образом, чтобы обеспечить удобство принятия управленческих решений на любом из уровней управления МУЗом.
3. Выявить особенности осуществления функций управления затратами МУЗа и разграничить ответственность за исполнение тех или иных функций между субъектами управления.
4. Определить порядок осуществления функций управления затратами МУЗа, замыкая их в управленческий цикл.

142

посвященных управлению затратами, функционированию ГУЗов позволит 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-

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

6. Определить систему целей функционирования системы управления затратами МУЗа с точки зрения ее взаимодействия с окружающей средой.

При формировании дерева целей механизма управления затратами МУЗа необходимо особое внимание обратить на устранение противоречий между целями и задачами различных уровней управления, обеспечить сбалансированное развитие как основных, так и обеспечивающих видов деятельности МУЗа. В системе задач, обеспечивающих мониторинг затрат МУЗа особую роль должны играть два направления:

ежегодный анализ «затраты - объем - прибыль»;

анализ отклонений «плановый бюджет центра ответственности - реальный бюджет центра ответственности».

Цели и задачи механизма управления затратами предопределяют необходимость изменения централизованной структуры управления МУЗом сторону разумной децентрализации функций управления.

В диссертации разработана структура управления затратами МУЗа на основе выделения центров ответственности, которая позволяет закрепить ответственность за затраты и результаты деятельности в каждом отделении МУЗа. Система бюджетов МУЗа кроме функции контроля затрат также помогает более точно рассчитывать себестоимость предоставления медицинских услуг в разрезе направлений медицинских видов деятельности усеченную

позволяет ДВКОВОНСТВУ МУЗа

решения об оптимизации структуры затрат МУЗа с применением аутсорсинга

В диссертации предложена схема пошагового отнесения статей затрат МУЗа на себестоимость носителя затрат, что позволяет рассчитывать

