

## Приложение

к заключению диссертационного совета Д 212.298.07 от 06 октября 2021 г.

### Содержание сопоставляемых текстов

1. Сравнение текста диссертации Плотниковой Е.С. с текстом диссертации Кораблева В.Н.

1.1. *с.11 диссертации Плотниковой Е.С.* «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.»

*фактически совпадает с текстом с.4 диссертации Кораблева В.Н., при этом отсутствуют приведенные в диссертации Кораблева В.Н. ссылки на источники заимствования.* «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 характе-

ризует эффективность всей системы производственных и общественных отношений [5, 6, 26, 102, 112].

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» [88, 136].».

*1.2. с.11 диссертации Плотниковой Е.С. «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].»

*полностью совпадает с текстом с.11 диссертации Кораблева В.Н «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].».

1.3. *с.12 диссертации Плотниковой Е.С.* «О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 1920 вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента - физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье [79].»

*полностью совпадает с текстом с.11 диссертации Кораблева В.Н* «О взаимосвязи здоровья 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].».

1.4. *с.12 диссертации Плотниковой Е.С.* «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.»

*полностью совпадает с текстом с.13 диссертации Кораблева В.Н.* «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.».

1.5. *с.17 диссертации Плотниковой Е.С.* «Государство, обеспечивая законодательную базу, призвано проводить мониторинг здоровья населения, как источ-

ника трудовых ресурсов, регулировать распределение ресурсов, стабилизировать экономику, поддерживать конкуренцию на товарном рынке и тем самым способствовать росту доходов и материальных благ членов общества. В этой части важнейшей экономической функцией здравоохранения является сохранение и воспроизводство здоровья населения [55, 56].»

*полностью совпадает с текстом с.с.13-14 диссертации Кораблева В.Н., отсутствует ссылка на один источник: «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 росту доходов и материальных благ членов общества. В этой части важнейшей экономической функцией здравоохранения является сохранение и воспроизводство здоровья населения [61, 55, 56].».*

1.6. с.с. 17-19 диссертации Плотниковой Е.С. «При этом под охраной здоровья населения понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

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

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



Рис 1.3 Модель деятельности, связанной с охраной здоровья.

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

1. Разработка государственной политики на всех уровнях управления административно-территориальных образований, координация деятельности ведомств, организаций и учреждений различных форм собственности по реализации приоритетных стратегических направлений в области охраны здоровья.

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

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

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

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

- Формирование стратегии по охране здоровья населения на региональном уровне как основы государственной политики.

- Разработка программы по сохранению и воспроизводству здоровья населения региона, включающей все субъекты управления здравоохранительной деятельностью.

- Организация системы мониторинга для сопровождения данной программы и оценки ее эффективности.

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

*фактически совпадает с текстом диссертации с.с. 14–16 Кораблева В.Н., имеет место удаление/вставка/замена отдельных слов и словосочетаний, либо на синонимы либо на слова и словосочетания, не меняющие смысловой нагрузки*

*Кроме того, исключено два абзаца* «При этом под охраной здоровья населения понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (ст. 1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 1993). Модель здравоохранной 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 здравоохранной (2) и производственной деятельностью (4). Система здравоохранения нацелена на сохранение и воспроизводство здоровья населения путем использования ресурсного потенциала бюджета территории (6), средств обязательного медицинского страхования - ОМС (7), добровольного медицинского страхования - ДМС (8) и платных медицинских услуг (9).



Рисунок 1 – Модель здравоохранной 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.

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 здравоохранной системы региона, включающей подцели органов управления административно-территориальных образований, организаций' и учреждений, связанных со здравоохранной и производственной деятельностью-и непосредственно системы здравоохранения (3,4,5).*

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

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

*Организация здравоохранной деятельности на уровне региона или муниципального образования можно представить в виде рис. 2.».*

1.7. *с.с. 19-20 диссертации Плотниковой Е.С. «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 исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации; оказание населению специализированных видов медицинской помощи в кожновенерологических, противотуберкулезных, наркологических, психиатрических и онкологических диспансерах и др.»*

*полностью совпадает с текстом диссертации с.с. 17–18 Кораблева В.Н. «В соответствии с принятым законодательством на субъекты Федерации возложена обязанность принятие 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 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 исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации; оказание населению специализированных видов» медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, психиатрических и онкологических диспансерах и др.».

1.8. стр. 20 диссертации Плотниковой Е.С., в частности рисунок 1.4.



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

практически идентичен рисунку 2 в тексте диссертации на с. 17 Кораблева В.Н., имеет место сокращение текста в отдельных блоках; удаление/вставка/замена отдельных слов и словосочетаний, либо на синонимы, либо на слова и словосочетания, не меняющие смысловой нагрузки



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

1.9. с.с. 20-22 диссертации Плотниковой Е.С., «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, определения 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 охраны окружающей среды, стратегии здравоохранной деятельности должны формироваться преимущественно в области профилактики заболеваний - «охрана здоровья здоровых», которые приводят к ограничению спроса населения на медицинские услуги.

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

Для координации этой деятельности формируются межведомственные комиссии (координационные Советы) по охране здоровья граждан и здравоохранению на всех уровнях управления. Задачи комиссии (Совета) — это выбор приоритетов, разработка стратегии и программ по охране здоровья населения, их правовое, ресурсное, технологическое и информационное обеспечение, а также анализ и контроль за исполнением принятых решений.»

*практически полностью совпадает с текстом с.с. 18-20 диссертации Корблева В.Н, имеет место исключение нескольких слов. «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 охраны окружающей среды стратегии здравоохранной деятельности должны формироваться преимущественно в области профилактики заболеваний — «охрана здоровья здоровых», которые приводят к ограничению спроса населения на медицинские услуги.

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

...

Для координации этой деятельности формируются межведомственные комиссии (координационные Советы) по охране здоровья граждан и здравоохранению на всех уровнях управления. Задачи комиссии (Совета) - это выбор приоритетов, разработка стратегии и программ по охране здоровья населения, их правовое, ресурсное, технологическое и информационное обеспечение, а также анализ и контроль за исполнением принятых решений.».

1.10. с. 22 диссертации Плотниковой Е.С. «Сфера производства медицинских услуг или собственно медицина занимается лечением больных, но здоровья в

широком смысле не дает, т.к. она не способна в полном объеме влиять на образ жизни, а в конечном итоге на качество жизни [24, 84].

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

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

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

*полностью совпадает с текстом с.20 диссертации Кораблева В.Н. «Сфера производства медицинских услуг или собственно медицина занимается лечением больных, но здоровья в широком смысле не дает, т.к. она не способна в полном объеме влиять на образ жизни, а в конечном итоге на качество жизни [11, 84].*

В современных условиях реформирование сферы производства медицинских услуг направлено на инновационное развитие отрасли, эффективное использование существующей ресурсной базы при сохранении и повышении качества и эффективности медицинской помощи населению. Однако опыт показывает, что низкий уровень жизни значительной части населения социальное иждивенчество, низкая санитарная грамотность населения отсутствия у части населения мотивации к сохранению и воспроизводству своего здоровья не позволят в ближайшее время; добиться существенного успеха в профилактике заболеваний. Это означает, что «нагрузка» на здравоохранение будет возрастать. Следовательно, основные резервы, эффективного использования ресурсов здравоохранения будут кон-

центрироваться-непосредственно В самой системе здравоохранения, в том числе непосредственно в; сфере производства медицинских услуг.».

1.11. с.с.. 22-23 диссертации Плотниковой Е.С. «Советская система здравоохранения формировалась, 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 здравоохранения осуществлялось на основе так называемых представительных характеристик, среди которых главными были число больничных коек и численность врачей (врачебных должностей), что отражало ее экстенсивный путь развития. Так, в 1988 г. в США на 10 тыс. жителей приходилось 27,2 врача и 51,2 больничных коек, а в СССР - 43,8 врача и 131,3 больничные койки.

В то же время в СССР здравоохранение характеризовалось колоссальными структурными диспропорциями. В 1990 г., по данным Мирового банка, подушевые расходы на здравоохранение в СССР составляли 49,2 % от среднемирового уровня или 5,7 % от уровня США, 6,8 % - от уровня Швеции, 8,5 % - от уровня Франции, 10,3 % - от уровня Японии, 15% - от уровня Великобритании.

По этому показателю СССР был в то время близок к Бразилии и лишь в 1,5 раза превосходил средний уровень стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Обращал на себя внимание и тот факт, что в технологическом отношении советское здравоохранение было в целом несопоставимо с западным здравоохранением. В 1979 г. стоимость больничного оборудования на одну больничную койку в здравоохранении составлял 350 руб., а в США - 70 тыс. дол. Значительно худшим, чем в любой из стран Запада, было соотношение госпитальной и амбулаторно-поликлинической помощи. Стационарная помощь в общем объеме лечебно-профилактического обслуживания до настоящего времени составляет 65-70 %, в Западной Европе - 35-50 %. Доля врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, составляет 20-25%, в Западной Европе - 60-65%).».

*полностью совпадает с текстом с.с. 36-37 диссертации Кораблева В.Н.* «Советская система здравоохранения формировалась, 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, подушевые расходы на здравоохранение в СССР составляли 49,2 % от среднемирового уровня или 5,7 % от уровня США, 6,8 % - от уровня Швеции, 8,5 % - от уровня Франции, 10,3 % - от уровня Японии, 15 % - от уровня Великобритании. По этому показателю СССР был в-то время близок к Бразилии и лишь в 1,5 раза превосходил средний уровень стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Обращал на себя внимание и тот факт, что в технологическом отношении советское здравоохранение было в целом несопоставимо с западным здравоохранением. В 1979 г. стоимость больничного оборудования на одну больничную койку в здравоохранении составлял 350 руб., а в США - 70 тыс. дол. Значительно худшим, чем в любой из стран Запада, было 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%».

1.12. *с.с. 24-26 диссертации Плотниковой Е.С.* «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. ...

...

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 (коечный 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.»

*практически полностью совпадает с текстом с.с.38-41 диссертации, Кораблева В.Н. исключен лишь один параграф «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. ...

...

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 (коечный 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.».

1.13. с.с. 26-27 диссертации Плотниковой Е.С. «В сентябре 2005 года Президентом Российской Федерации было объявлено о приоритетных национальных проектах: здравоохранение, образование, доступное жилье и развитие агропромышленного комплекса.

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

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

*полностью совпадает с текстом с.42 диссертации Кораблева В.Н.* «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.».

1.14. *с.с. 27-30 диссертации Плотниковой Е.С.* «Общеизвестно, что к настоящему времени в экономически развитых государствах сложились три основные формы финансирования здравоохранения [15,45,75,98, 119,107]:

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

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

...

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

*полностью совпадает с текстом с.с. 43-45 диссертации Кораблева В.Н.*

«Общеизвестно, что к настоящему времени в экономически развитых государствах сложились три основные формы финансирования здравоохранения [7, 28, 74, ПО, 119, 120, 147, 148]:

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

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

...

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 струк-

турную реорганизацию отрасли и в конечном итоге оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи населению.».

1.15. с.с. 30-33 диссертации Плотниковой Е.С. «В экономической литературе встречаются разнообразные определения категории «инновация». Ученые трактуют ее в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Наиболее известные определения принадлежат таким авторам как Й. Шумпетер, И. Перлаки, В. Хартман, Б. Твисс, Б. Санто, В. Колосов, С. Ильенкова, В. Бурков, В. Шапиро, В. Воропаев и др.

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

...

Применительно к рассматриваемой проблеме можно говорить о растущей потребности населения в услугах здравоохранения более высокого качества, удовлетворении новой потребности на основе разработки концепции инновационного развития здравоохранения, разработки и внедрении новых или усовершенствования существующих организационных и медицинских технологий. Содержанием инновационного подхода к управлению затратами в учреждениях здравоохранения является концепция развития, включающая предпосылки, приоритеты, цели, задачи и сценарии их развития. Кроме того, инновационный подход включает в себя предложения по оптимизации *структуры.*»

*фактически совпадает с текстом диссертации с.с. 46-49 Кораблева В.Н., имеет место удаление/вставка/замена отдельных символов, слов и словосочетаний, либо на синонимы либо на слова и словосочетания, не меняющие смысловой нагрузки. Кроме того, исключено два предложения и один полный абзац.* «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 «innovation», 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 «введение нового») означает процесс использования новшества. ...*

...

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

1.16. с.с. 34-35 диссертации Плотниковой Е.С. «Среди основных принципов бюджетной системы Российской Федерации заявлены «эффективность и экономность расходования бюджетных средств, необходимость достижения при составлении и исполнении бюджетов заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств [1].

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

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

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

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

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

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

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

*фактически полностью совпадает с текстом с.с. 51-52 диссертации Кораблева В.Н., имеет место отдельное исключение/замена слов и словосочетаний.* «Среди основных принципов бюджетной системы Российской Федерации заявлены «эффективность и экономность расходования бюджетных средств, необходимость достижения, при составлении и исполнении бюджетов заданных результатов с использованием наименьшего объема, средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств [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; регулирующую, 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.»

1.17. *стр. 35 диссертации Плотниковой Е.С.* «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.»

*фактически полностью совпадает с текстом с.с. 53-54 диссертации Кораблева В.Н., имеет место удаление/вставка/замена отдельных символов, слов и словосочетаний, либо на синонимы, либо на слова и словосочетания, не меняющие смысловой нагрузки. «В качестве основных целей системы бюджетирования в здравоохранении можно выделить:*

1. Прогноз финансово-экономического состояния *системы здравоохранения* и учреждений здравоохранения с учетом социально-экономического положения в регионе. Содержанием прогноза являются: социально-экономическая» ситуация в регионе, тенденции основных финансово-экономических показателей, *вероятные сценарии развития здравоохранения (например, оптимистический, пессимистический)*, учет факторов внутренней и внешней среды.

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

3. Закрепление финансовых полномочий и ответственности за участниками процесса бюджетирования *системы здравоохранения* и учреждений 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.».

1.18. с.с. 35-36 диссертации Плотниковой Е.С. «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.

№ п/п	Показатели
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы помощи)</i>	
1	Стационарная помощь (к-дн. на 1 чел в год)
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1 чел в год)
3	Дневные стационары (пациенто-дн. на 1 чел в год)
4	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1 чел.)
5	Квоты в федеральных учреждениях (пролечено больных)
<i>Оценка выполнения государственного плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (финансирование)</i>	
6	Финансирование (млн. руб.), в том числе:
7	За счет средств бюджета (млн. руб.), в том числе:
7.1	- федерального
7.2	- краевого
7.3	- муниципального
8	За счет средств ОМС (млн. руб.)
9	За счет предпринимательской деятельности (млн руб.)
10	Подушевое финансирование (руб.)

<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>	
11	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных.)
12	Перинатальная смертность (на 1000 родов)
13	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудо-
14	способном возрасте)
15	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)
16	Охват периодическими осмотрами (%)
17	Охват профилактическими осмотрами (%)
18	Охват профилактическими прививками (%)
19	Удельный вес посещений в поликлинику с профилактической целью (%)
20	Охват диспансерным наблюдением работающего населения в возрасте 35-55 лет(%)
21	Удельный вес лиц, достигших целевого значения артериального давления (%)
22	Удельный вес больных СД, достигших уровня гликозилированного гемоглобина не более 7,6%
23	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)
24	Заболелаемость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)
25	Заболелаемость сифилисом (на 100 тыс. нас.)

*фактически полностью совпадает с текстом с.с. 54-56 диссертации Коралева В.Н. «При переходе на программно-целевое бюджетирование в здравоохранении появляется возможность своевременно корректировать программу государ-*

ственных 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 деятельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, обеспечить объективность оценки результатов реализации программы, оптимизировать структуру».

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

№ п/п	Показатели	Индикаторы
1	2	3
<b>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (объемы помощи)</b>		
1.	Стационарная помощь (к-дн. на 1 чел в год)	
2.	Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1 чел в год)	
3.	Дневные стационары (пациенто-дн. на 1 чел в год )	
4.	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1чел.)	
5.	Квоты в федеральных учреждениях (пролечено больных)	
<b>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (финансирование)</b>		
6.	Финансирование (млн руб.), в том числе:	
7.	За счет средств бюджета (млн руб.), в том числе:	
7.1.	– федерального	
7.2.	– краевого	
7.3.	– муниципального	
8.	За счет средств ОМС (млн руб.)	
9.	За счет предпринимательской деятельности (млн руб.)	
10.	Подушевое финансирование (руб.)	
<b>Показатели результативности медицинской деятельности</b>		
11.	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных.)	
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 детского населения (на 10 тыс. нас.)	

## 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 гликозилированного гемоглобина не более 7,6%	
23.	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)	
24.	Заболеваемость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)	
25.	Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс. нас.)	

1.19. с. 37 диссертации Плотниковой Е.С. «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.»

*фактически полностью совпадает с текстом с.с. 56-57 диссертации Кораблева В.Н., имеет место удаление/вставка/замена отдельных символов, слов и словосочетаний, не меняющие смысловой нагрузки* «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 (*структурная декомпозиция*) системы здравоохранения или учреждения здравоохранения, по определенным финансово-экономическим показателям которого периодически проводится планирования, 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 *экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации*; показатели, характеризующие эффективность производственной и финансово-экономической деятельности.».

1.20. с. 131 диссертации Плотниковой Е.С. «3.3 Прогнозирование объёмов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи. Планирование деятельности учреждений здравоохранения в Российской Федерации осуществляется в рамках Про-

граммы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [95, 89]. Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, нормативы объемов медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи.»

*фактически полностью совпадает с текстом с.71 диссертации Кораблева В.Н. «Планирование деятельности учреждений здравоохранения в Российской Федерации осуществляется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [95, 89]. Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи; предоставляемых населению? бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования; нормативы объемов медицинской» помощи; порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи.».*

1.21. с.с. 132-133 диссертации Плотниковой Е.С. «Объемы стационарной помощи определяются количеством койко-дней на 1000 человек: норматив объема стационарной помощи составляет 3755,42 койко-дня, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования— 1757,48 койко-дня. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи определяются количеством посещений на 1000 человек: норматив объема амбулаторной помощи составляет 17372 посещения, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования- 1462 посещения. Объемы скорой медицинской помощи определяются количеством вызовов на 1000 человек: норматив вызовов составляет 607 вызовов. Основным недостатком программы является тот факт, что планируемые объемы медицинской помощи определяются численностью населения и не зависят от показателей здоровья населения и не отражают реальный спрос населения на медицинские услуги. По сути своей ТППГ представляет собой элемент финансовой модели бюджетирования в части ее индикативного планирования. Центральным

понятием индикативного планирования является индикатора под которым понимается интегральный показатель, количественно определяющий качественные характеристики процесса. В *Приморском* крае медицинская помощь населению оказывается в соответствии с ежегодно принимаемыми постановлениями Губернатора края «Об оказании медицинской помощи населению *Приморского* края». Постановления определяют виды и объемы медицинской помощи, оказываемые за счет бюджетов всех уровней и средств фонда обязательного медицинского страхования, финансовые нормативы, а также порядок и условия оказания медицинской помощи населению (Приложение 1).

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

*фактически полностью совпадает с текстом с.72 диссертации Кораблева В.Н., при этом изменены численные данные по показателям медицинской помощи, изменено Хабаровский на Приморский.* «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 ТППГ представляет собой элемент финансовой; модели бюджетирования 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.

Механизмом реализации ТППГ 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].».

1.22. с. 133 диссертации Плотниковой Е.С. «В табл. 3.6 представлены объемы оказания медицинской помощи населению Приморского края за период с 2005 по 2009 гг.

Таблица 3.6.

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

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

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%).»

*фактически полностью совпадает с текстом с.73 диссертации Кораблева В.Н. и приведенной таблицей без изменения данных таблицы, при этом изменены годы, а также изменено название Хабаровский на Приморский.* «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	4923448	4988759	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15364244	1490703	14802868	91,9
Скорая медицинская помощь (вызова)	635669	593770	620841	619770	610711	96,1

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%).».

1.23. с. 134 диссертации Плотниковой Е.С. «Указанные тенденции противоречат Концепции развития здравоохранения Российской Федерации и объясняются следующими факторами:

- низкими тарифами на медицинские услуги, ежегодно утверждаемые Краевым комитетом по тарификации медицинских услуг, что не позволяет в полном объеме восполнять затраты учреждений здравоохранения на производственную



деятельность. Это «мотивирует» учреждения здравоохранения увеличивать объемы дорогостоящей госпитальной медицинской помощи по принципу: «Чем больше госпитализированных больных, тем больше объем финансирования»;

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

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

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

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

*фактически полностью совпадает с текстом с.74 диссертации Кораблева В.Н., при этом изменены отдельные слова и словосочетания на синонимы; изменены даты, изменено Хабаровский на Приморский.* «Указанные тенденции противоречат Концепции развития здравоохранения Российской Федерации и объясняются следующими факторами:

Низкими тарифами на медицинские услуги, ежегодно утверждаемые Краевым комитетом по тарификации медицинских услуг, что не позволяет в полном объеме восполнять затраты *лечебно-профилактических* учреждений на производственную деятельность. Это «мотивирует» учреждения здравоохранения увеличи-

вать 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].».

1.24. с. 135 диссертации *Плотниковой Е.С.* «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).

*фактически полностью совпадает с текстом с.75 диссертации Кораблева В.Н., при этом в уравнении изменена только одна цифра.* «С целью изучения динамики общей численности населения края до 2010 года выбрано линейное уравнение регрессии [149]:

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

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).

1.25. с.с. 136-137 диссертации Плотниковой Е.С. «Из табл. 7 следует, что тенденция снижения численности населения в Приморском крае носит устойчивый характер. Прогнозные расчеты показывают, что при сохранении сложившей-

ся 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.

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).»

*фактически полностью совпадает с текстом с.с.75-76 диссертации Кораблева В.Н., не смотря на то, что данные по годам в таблице изменены, расчетные значения отклонений и относительная ошибка полностью совпадают; также изменено название Хабаровский на Приморский.*

Таблица 3.7.

Прогноз динамики общей численности населения  
Приморского края до 2014 года<sup>11</sup>

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	2239,2	2,8	0,2%
2000	3	2120	2115,9	4,1	0,3%
2001	4	2086	2087,9	-1,9	-0,1%
2002	5	2067	2071,8	-4,8	-0,3%
2003	6	2051	2055,7	-4,7	-0,3%
2004	7	2036	2037,9	-1,9	-0,1%
2005	8	2019	2018,5	0,5	0,0%
2006	9	2006	2008,2	-2,2	-0,1%
2007	10	1996	1994,8	1,2	0,1%
2008	11	1988	1982,8	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 2151,4309 - 14,085 * t$					
Прогноз по уравнению					
2009	12		1982,4		
2010	13		1968,3		
2011	14		1954,2		
2012	15		1940,2		
2013	16		1926,1		
2014	17		1912,0		

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

Год	<i>t</i>	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	1523,3	1522,8	0,5	0,0%
2000	9	1506,6	1508,8	-2,2	-0,1%
2001	10	1495,9	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		

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).»

1.26. с. 137 диссертации Плотниковой Е.С. «Из табл. 3.8 следует, что в *Приморском* крае в период с 2010 по 2014 годы вследствие снижения общей численности населения произойдет и уменьшение объемов оказания медицинской помощи (при условии сохранения существующих социальных нормативов в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи). При этом объемы оказания стационарной помощи уменьшатся в 2014 году по сравнению с 2010 годом на 9,7 %, амбулаторно-поликлинической помощи - на 9%; скорой медицинской помощи - на 8,6%.

Другой составляющей частью Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи является ее финансовое обеспечение. В настоящее время финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение

края, не позволяют в полном объеме обеспечить население бесплатной медицинской помощью. Стоимость медицинских услуг определяется по средневзвешенным тарифам, которые рассчитываются путем деления средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов).»

*фактически полностью совпадает с текстом с.с. 76-77 диссертации Кораблева В.Н, имеет место замена нескольких данных и анализируемых периодов; также изменено название Хабаровский на Приморский.*

«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 деления средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов).».

1.27. с.с. 139-141 диссертации Плотниковой Е.С. «Такая финансовая политика не позволяет, с одной стороны, в полном объеме обеспечить качество оказываемых медицинских услуг, а с другой стороны - в полном объеме возместить расходы учреждений здравоохранения на медицинскую деятельность, что в свою очередь способствует росту соплатежей населения, а также создает условия для

развития «теневое» рынка медицинских услуг. В этой связи финансовую модель здравоохранения *Приморского* края можно представить в виде следующей формулы:

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

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

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

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

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

$Q_{ij}$  — количество услуг;

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

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

Однако мы отдаем предпочтение расчету ТППГ 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 ТППГ 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:

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

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

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

$S_m$  — стоимость стандартов медицинской помощи;

$H_m$  - количество стандартов медицинской помощи  $m$ -го вида.

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

*фактически полностью совпадает с текстом с.77- диссертации Кораблева В.Н, имеет место замена нескольких символов, также изменено название Хабаровский на Приморский.* «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:



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

где  $R_j$  – 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) - средне 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.

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 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:

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

где  $R_{\text{смп}}$  – 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.».

1.28. с. 145 диссертации *Плотниковой Е.С.* «Инновационное развитие здравоохранения *Приморского* края является составной частью стратегии социально-экономического развития региона. Целью инновационного развития здравоохранения *Приморского* края является создание условий для эффективного развития отрасли, а также повышение качества оказания медицинской помощи населению, направленное на сохранение его здоровья.

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

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

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

*фактически полностью совпадает с текстом с.136 диссертации Кораблева В.Н, имеет место замена нескольких цифр и годов, также изменено название Хабаровский на Приморский. « Инновационное развитие здравоохранения Хабаровского края является составной частью стратегии социально-экономического развития региона.*

Целью инновационного развития здравоохранения *Хабаровского* края является создание условий для эффективного развития отрасли, а также повышение качества оказания медицинской помощи населению, направленное на сохранение его здоровья. Здоровье населения является важнейшим экономическим ресурсом, составной частью производительных сил общества. Качество здоровья определяет качество трудовых ресурсов, качество трудового потенциала и в конечном итоге качество человеческого капитала.

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

Прогноз развития объемов спроса населения на медицинские услуги до 2010 года при прочих равных условиях свидетельствует о том, что по сравнению с 2002 годом объемы стационарной помощи уменьшатся на 8%, амбулаторно-поликлинической - на 6%, скорой медицинской помощи - на 8%, а по сравнению с 1992 годом - соответственно на 26, 20 и 32%. Это неизбежно окажет влияние на

развитие организационной макроструктуры здравоохранения края, развитие его ресурсной и производственной базы.».

2. Сравнение текста диссертации Плотниковой Е.С. с текстом диссертации Материкина М.Е.

2.1. с.4 диссертации Плотниковой Е.С. «Недостаточная гибкость централизованной организационной структуры государственных учреждений здравоохранения не позволяет быстро и своевременно принимать управленческие решения. Финансовый бухгалтерский учет не в состоянии обеспечить руководство ГУЗа необходимой информацией о реальной себестоимости и доходности того или иного медицинского вида деятельности, услуги. Вступление ГУЗов в рыночные отношения изменяет философию построения системы управления. Получение достоверной и оперативной информации ,описывающей все бизнес-процессы ГУЗа позволит руководителям определять конкурентоспособную цену предоставляемых медицинских услуг, проводить оперативный анализ безубыточности видов деятельности ГУЗа, оптимизировать себестоимость услуг и пр.»

*фактически совпадает по смыслу с текстом с.4 диссертации Материкина М.Е., при этом имеет место замера аббревиатуры ГУЗ на МУЗ.* «Недостаточная гибкость централизованной организационной структуры муниципальных учреждений здравоохранения не позволяет быстро и своевременно принимать управленческие решения. Финансовый бухгалтерский учет не в состоянии обеспечить руководство МУЗа необходимой информацией о реальной себестоимости и доходности того или иного медицинского вида деятельности, услуги. Вступление МУЗов в рыночные отношения изменяет философию построения системы управления. Получение достоверной и оперативной информации описывающей все бизнес-процессы МУЗа позволит руководителям определять конкурентоспособную цену предоставляемых медицинских услуг, проводить оперативный анализ безубыточности видов деятельности МУЗа, оптимизировать себестоимость услуг и пр.».

2.2. с.с. 37-40 диссертации Плотниковой Е.С. «Сложность порождается, прежде всего, разнообразным характером его деятельности, включающей боль-

шое 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 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. ...

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с текстом с.с. 38 - 41 диссертации Материкина М.Е.* «Сложность порождается, прежде всего, разнообразным характером его деятельности, включающей большое количество медицинских видов деятельности и целый ряд обслуживающих видов деятельности. Причем, все направления 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. ...

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

2.3. *с.с.40-50 диссертации Плотниковой Е.С.* «Высокая конкуренция на рынке медицинских услуг, недостаточность бюджетного финансирования, постое-

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

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



Рис. 1.5. Процесс инновационного управления ГУЗом

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

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и представлением текста в виде рисунков с текстом с.с. 42 - 53 диссертации Материкина М.Е.* «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), предпосылок (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<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Источник: авторский

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): ...

... При таком подходе к определению системы управления затратами МУЗа 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 МУЗа, способную удовлетворить потребностям данного механизма.»

2.4. с.с. 56-57 диссертации Плотниковой Е.С. «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 перекрываются лучшей материально-технической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования *ГУЗы* многие годы лишались возможности совершенствовать свою материальнотехническую 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.*»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ с текстом стр. 28 Материкина М.Е. « Одной из проблем современного этапа развития сферы здравоохранения в 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 материальнотехнической базой, членством в различных международных организациях и прочие. Из-за недостатка финансирования МУЗы многие годы лишались возможности совершенствовать свою материальнотехническую 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.».*

2.5. с. 58 диссертации Плотниковой Е.С. «Из расчётов видно, что почти 75% совокупных затрат *ГУЗов* составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (медикаменты, мягкий инвентарь, питание, ГСМ и прочие) и услуги по содержанию имущества. На приобретение основных средств (инструменты, оборудование и прочие) отводится менее 12 % общих затрат, что является, как видно из современного состояния *ГУЗов*, недостаточным для обеспечения высокого уровня предоставления медицинских услуг населению. Не смотря на то, что на оплату труда в *ГУЗах* отводится чуть меньше 50 % совокупных затрат (самая крупная статья затрат учреждений) данный показатель является субъектив-

ным 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и представлением части текста в виде рисунков с текстом с.с .30-31 диссертации Материкина М.Е.* «Таким образом, получается, что 80 % совокупных затрат МУЗов составляют оплата труда персоналу, приобретение материальных запасов (медикаменты, мягкий инвентарь, питание, ГСМ и прочие) и услуги по содержанию имущества. На приобретение основных средств (инструменты, оборудование и прочие) отводится менее 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.

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.»

2.6. с.с. 71-73 диссертации Плотниковой Е.С. «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. ...

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и представлением части текста в виде рисунков с текстом с.с. 38-41 диссертации Материкина М.Е. «Рассмотренные показатели иллюстрируют, что современный МУЗ 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 МУЗа тесно взаимосвязаны, как на уровне технологических процессов, так и на организационном и финансовом уровнях. ...*

... 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.»

2.7. с.с. 76-79 диссертации Плотниковой Е.С. «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. ...

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и представлением части текста в виде рисунков с текстом с.с. 54 - 58 диссертации Материкина М.Е. «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. ...*

... 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 расцениваться 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.).».

2.8. с.с.79-80 диссертации Плотниковой Е.С. «Данный подход позволяет закрепить за определенными отделениями полномочия по управлению затратами, выявить прямые издержки с целью полного их включения в себестоимость услу-

ги, а также соотнести возникающие непроизводительные затраты с ответственностью за них конкретных лиц.

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

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с. 62 диссертации Материкина М.Е.* «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 непроизводительные 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.»

2.9. с.80 диссертации Плотниковой Е.С. «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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с. 63 диссертации Материкина М.Е.* «Цель метода управления затратами в центрах ответственности - планирование и накопление данных о затратах и доходах рас-

смаатриваемого центра [71]. Это позволяет руководителям отчетываться 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.».

2.10. *с.81 диссертации Плотниковой Е.С.*, на которой приведен рис. 2.7 по выделенным типам центров ответственности

*фактически совпадает по смыслу с содержанием табл.2.2.1 с.64 диссертации Материкина М.Е., где указано, что это авторская разработка.*

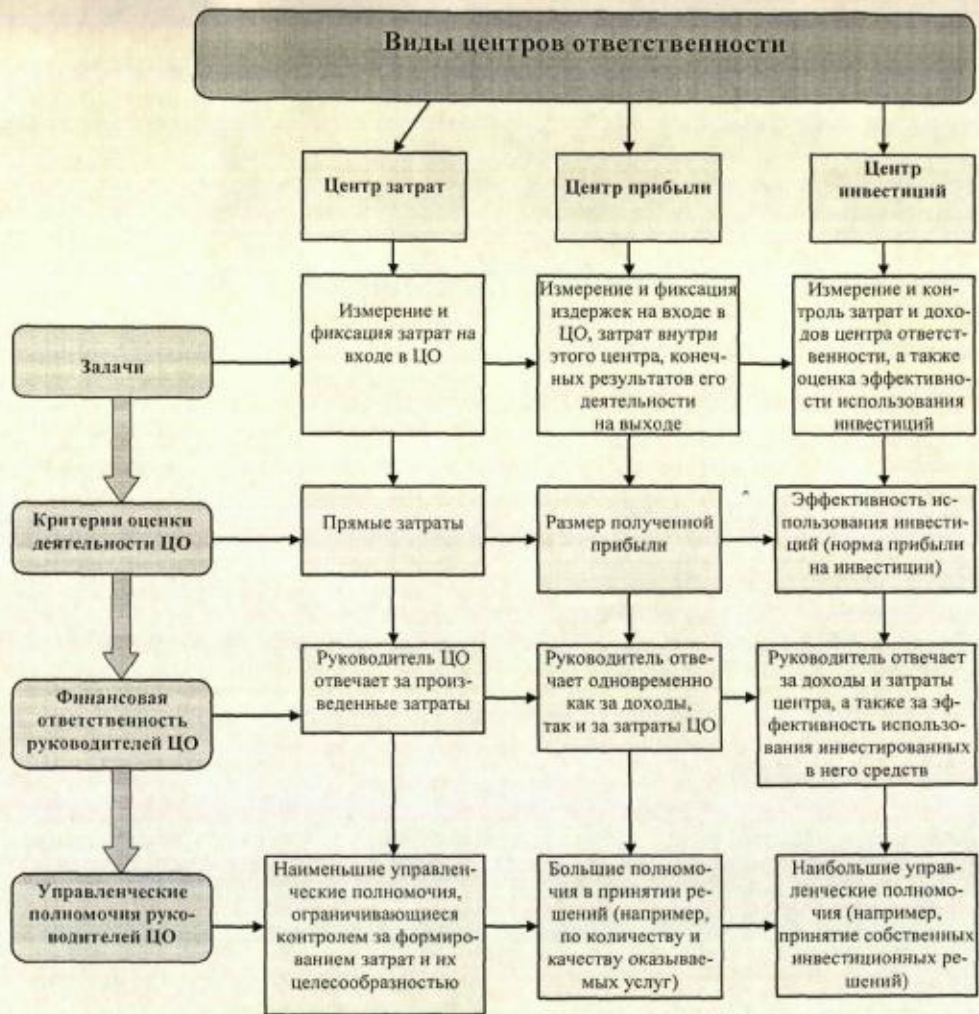


Рис. 2.7. Сравнительная характеристика центров ответственности

Таблица 2.2.1 - Сравнительная характеристика центров ответственности <sup>20</sup>

Типы ЦО	Задачи управленческого учета	Критерии оценки деятельности и ЦО	Критерии финансовой ответственности руководителей ЦО	Управленческие полномочия руководителей ЦО	Примечание
Центр затрат	Измерение и фиксация затрат на входе в ЦО	Прямые затраты	Руководитель ЦО отвечает за произведенные затраты	Наименьшие управленческие полномочия, ограничивающиеся контролем за формированием затрат и их целесообразностью	Центры затрат могут быть обособленными или входить в состав других ЦО
Центр прибыли	Измерение и фиксация издержек на входе в ЦО, затрат внутри этого центра, конечных результатов его деятельности на выходе	Размер полученной прибыли	Руководитель отвечает одновременно как за доходы, так и за затраты ЦО	Большие полномочия в принятии решений (например, по количеству и качеству оказываемых услуг)	Количество центров прибыли зависит от степени децентрализации управления
Центр инвестиций	Измерение и контроль затрат и доходов центра ответственности, а также оценка эффективности использования инвестиций	Эффективность использования инвестиций (норма прибыли на инвестиции)	Руководитель отвечает за доходы и затраты центра, а также за эффективность использования инвестированных в него средств	Наибольшие управленческие полномочия (например, принятие собственных инвестиционных решений)	Как правило, центр инвестиций - это организация в целом, в данном случае - МУЗ

2.11. с.с. 81-83 диссертации Плотниковой Е.С. «В литературе, посвященной бюджетированию [12, 20, 123 и др.], основным моментом при выделении центров ответственности является выявление всех видов деятельности предприятия, а также видов производимой продукции, выполняемых работ и оказываемых услуг. Для ГУЗов Российской Федерации основными видами деятельности являются медицинские виды деятельности.

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

1. Центрами инвестиций являются полностью самостоятельные подразделения, ответственные за все виды деятельности ГУЗа, в том числе и осуществление Капитальных вложений в развитие. В существующих условиях ...

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с текстом с.с. 65 - 67 диссертации Материкина М.Е.* «В литературе, посвященной бюджетированию [2, 6, 110 и др.], первым шагом при выделении центров ответственности является выявление всех видов деятельности предприятия, а также видов производимой продукции, выполняемых работ и оказываемых услуг. Для МУЗов Российской Федерации основными видами деятельности являются медицинские виды деятельности.

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

1. Центрами инвестиций являются полностью самостоятельные подразделения, ответственные за все виды деятельности МУЗа, в том числе и осуществление капитальных вложений в развитие. В существующих...

... Планово-финансовое управление и различные административно-хозяйственные службы, участвующие в обслуживании основной (медицинской) деятельности МУЗа, являются центрами нерегулируемых (заданных) затрат, поскольку их деятельность не зависит(или мало зависит) от количества пациентов. Центрами нерегулируемых затрат являются все остальные отделения МУЗа, преимущественно административные - отдел кадров, бухгалтерии, статистики и пр. Затраты данных подразделений считаются заданными и напрямую не зависят от количества оказываемых услуг.»

2.12. с.83 диссертации Плотниковой Е.С. «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 взаимо-

связей между объектами и субъектами управления затратами. Разработанный автором механизм управления затратами ГУЗа представлен на рисунке 2.8.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на стр. 115 диссертации Материкина М.Е «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.» «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.».*

2.13. с.с..85- 88 диссертации Плотниковой Е.С. «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. ....

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на стр. 118- 121 диссертации Материкина М.Е. «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.*

...

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 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.».

2.14. с.88 *диссертации Плотниковой Е.С.* «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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с. 60 диссертации Материкина М.Е.* «Представленная структура целей в области управления затратами для МУЗа должна обеспечивать достижение общих для 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 помогали 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.».

2.15. *с.с .90-91 диссертации Плотниковой Е.С.* «показателей: маржинальный доход, точка безубыточности, себестоимость, рентабельность, запас финансовой прочности ( дефицита ). Источниками для расчёта должны стать планируемые объемы оказания медицинских услуг с разделением на лечение по полюсам ОМС и договорам, цены на медицинские услуги, переменные затраты на лечение одного пациента, постоянные затраты, связанные с ведением медицинской деятельности. ...

... Перечисленные цели и задачи системы управления затратами предопределяют необходимость изменения централизованной структуры управления ГУЗом в сторону разумной децентрализации функций управления. Часть из указанных целей и задач разумнее решать на более низких уровнях управления, «на местах». Например, с задачей мотивации сотрудников отделения, имея достаточные полномочия и сэкономленные ресурсы этого отделения, лучше всего справится заведующий отделением, так как только он может более точно и полно определить вклад того или иного специалиста в выполнение основных функций отделения. В то же время задача проведения анализа «затраты - объем - прибыль» может быть

выполнена лишь с использованием всей информации о затратах ГУЗа, а значит данная функция должна выполняться на уровне руководства ГУЗа совместно с планово-экономическим отделом.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с.с. 60-61 диссертации Материкина М.Е. «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. ...*

... Перечисленные цели и задачи системы управления затратами определяют необходимость изменения централизованной структуры управления МУЗом в сторону разумной децентрализации функций управления. Часть из указанных целей и задач разумнее решать на более низких уровнях управления, «на местах». Например, с задачей мотивации сотрудников отделения, имея достаточные полномочия и сэкономленные ресурсы этого отделения, лучше всего справится заведующий отделением, так как только он может более точно и полно определить вклад того или иного специалиста в выполнение основных функций отделения. В то же время задача проведения анализа «затраты - объем - прибыль» может быть выполнена лишь с использованием всей информации о затратах МУЗа, а значит данная функция должна выполняться на уровне руководства МУЗа совместно с планово-экономическим отделом.»

2.16. с.91 диссертации Плотниковой Е.С «При переходе к административным действиям по снижению затрат ГУЗа необходимо их правильно посчитать и распределить между различными видами деятельности, а также отделениями ГУЗа. Рыночный характер деятельности учреждений здравоохранения проявляется в том, что по значительной номенклатуре оказываемых медицинских услуг себестоимость, цены, прибыль и другие экономические показатели складываются под влиянием спроса и предложения на эти услуги. В этой связи построение адекват-

ной системы управления затратами, удовлетворяющей целям и задачам ГУЗа имеет неопределимое значение при необходимости быстрого реагирования на изменяющуюся рыночную ситуацию.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с. 62 диссертации Материкина М.Е.* «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 неопределимое значение при необходимости быстрого реагирования на изменяющуюся рыночную ситуацию.»

2.17. с.91 диссертации Плотниковой Е.С «система управления затратами муниципального учреждения здравоохранения - это совокупность элементов управляющей подсистемы, воздействующих на управляемую подсистему с помощью набора функций и методов управления, образующих управленческий цикл, находящихся во взаимодействии с окружающей средой, имеющих определенную структуру и порядок взаимодействия, с целью оптимизации затрат на достижение высокого качества медицинской деятельности ГУЗа.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой МУЗ на ГУЗ и текстом на с. 52 диссертации Материкина М.Е.* «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.»

2.18. с.с .92-93 диссертации Плотниковой Е.С. «Для построения эффективной системы управления затратами огромное значение имеет правильный выбор метода или методов учета затрат. В первую очередь, метод учета затрат в ГУЗе должен решать задачу корректного и точного определения себестоимости по каждому виду затрат, под которым понимается законченный случай, койко-день, медицинская услуга, врачебная манипуляция и пр.

В виду специфики смешанного финансирования учреждения здравоохранения необходима возможность исчисления себестоимости, как медицинской услуги, так и законченного случая лечения пациента, как койко-дня круглосуточного стационара, так и дня лечения пациента в дневном стационаре....

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с текстом с.с.70 - 71 диссертации Материкина М.Е.* «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. ...

...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.»

2.19. *с.с 95 - 102 диссертации Плотниковой Е.С.* «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. ...

... 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, факторного анализа затрат.»

*фактически совпадает по смыслу с переобозначением одних и тех же переменных с текстом с.с.73 - 84 диссертации Материкина М.Е.* «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). ...



...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, факторного анализа затрат.».

2.20. с. 102 диссертации Плотниковой Е.С. «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.»

*фактически совпадает по смыслу с текстом на с. 138 диссертации Материкина М.Е.* «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.».

2.21. с.с.109 - 115 диссертации Плотниковой Е.С. «Для определения эффективности действия системы управления затратами ГУЗа необходимо выявить критерии ее эффективности в разрезе двух составляющих:

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

Финансовые результаты ГУЗа можно измерять на основе отчета о движении Денежных средств или на основе отчета о прибылях и убытках, причем для непосредственного использования можно брать как абсолютные величины из от-

чета, так и относительные показатели, учитывающие фактор времени или другие существенные характеристики ГУЗа и окружающей среды. ...

... 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.»

*фактически совпадает по смыслу с заменой части текста рисунком с текстом с.с. 121 - 131 диссертации Материкина М.Е. «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.

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. ...

... К текущим показателям мониторинга управления затратами МУЗа можно отнести следующие: показатели исполнения бюджетов центров ответственности; показатели исполнения бюджетов затрат; показатели 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.»

2.22. с.с. 146 - 148 (это раздел Заключение) диссертации Плотниковой Е.С. «Система управления затратами государственного учреждения здравоохранения является подсистемой управления ГУЗом и призвана решать задачи, способствующие достижению главных целей функционирования и развития ГУЗа. Формирование инновационной системы управления затратами ГУЗа основывается на решении следующих проблем, возникших в сфере здравоохранения в последнее время:

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

- падение качества предоставляемых ГУЗами медицинских услуг. ...

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

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

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

*фактически совпадает по смыслу с текстом с.с. 141 -144 диссертации Материкина М.Е. «Заключение*

Система управления затратами муниципального учреждения здравоохранения является подсистемой управления МУЗом и призвана решать задачи, способ-

ствующие достижению главных целей функционирования и развития МУЗа. Формирование новой системы управления затратами МУЗа основывается на решении следующих проблем, возникших в сфере здравоохранения в последнее время:

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

2. Падение качества предоставляемых МУЗами медицинских услуг. ...

... Цели и задачи механизма управления затратами определяют необходимость изменения централизованной структуры управления МУЗом в 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 и усеченную себестоимость. В свою очередь расчет усеченной себестоимости видов деятельности позволяет руководству МУЗа принимать обоснованные решения об оптимизации структуры затрат МУЗа с применением аутсорсинга.

В диссертации предложена схема пошагового отнесения статей затрат МУЗа на себестоимость носителя затрат, что позволяем рассчитывать полную себестоимость предоставленной медицинской услуги и устанавливать безубыточную цену.».

3. Сравнение текста диссертации Плотниковой Е.С. с текстом диссертации Есевой Ж.В.

3.1. *с.с. 115-116 диссертации Плотниковой Е.С.* «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 установленным 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.»

*фактически совпадает с текстом с.с. 127- 128 диссертации Есевой Ж.В., имеет место удаление/вставка/замена отдельных слов и словосочетаний, либо на синонимы либо на слова и словосочетания, не меняющие смысловой нагрузки «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 и качества медицинской помощи, по мнению многочисленных авторов, состоит из комплекса критериев: со-

ответствия 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*, нами сделана попытка выработки оптимальной *технической* схемы количественной оценки свойств медицинских услуг.»

3.2. с. 116 диссертации Плотниковой Е.С. «1. Показатели медицинской эффективности.

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

$$K_{мр} = МРф : п$$

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

$$K_{др} = (ДИф : п)$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент -  $K_{л}$  - рассчитывается как отношение количества лечебных процедур, выполненных за оцениваемый период ( $Клп$ ), к общему числу пациентов, выбывших за этот же период ( $п$ ).

$$Kл = (Kлп : п)»$$

*фактически совпадает с текстом с.с. 129-130 диссертации Есевой Ж.В. имеет место удаление/вставка/замена отдельных символов, слов и словосочетаний* «1. Показатели медицинской эффективности.

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

$$K_{мр} = МРф : п$$

Эффективность диагностической работы отражает соответствующий коэффициент - К<sub>диагн</sub>. Для определения этого показателя рассчитывается отношение количества диагностических исследований, выполненных за отчетный период (ДИАГНф), к общему числу выбывших за этот же период пациентов (п).

$$K_{диагн} = (ДИАГНф : n) \times S t$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - К<sub>л</sub> - рассчитывается как отношение количества лечебных процедур, выполненных за оцениваемый период (К<sub>лп</sub>), к общему числу пациентов, выбывших за этот же период (п).

$$Kл = (Kлп : n) \times S».$$

3.3. с.с. 117-118 диссертации Плотниковой Е.С. « 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.

На основании полученных ответов на вопросы, поставленные в анкетах, нами высчитывался коэффициент социальной удовлетворенности (Key):

$$Key = Nu/Нобщ,$$

где Nu - число случаев удовлетворенности пациентов; Нобщ - общее число оцениваемых случаев. На последнем этапе подсчитывался интегральный индекс социальной эффективности (Ии) и качества медицинской помощи по следующей формуле:»

*фактически совпадает с текстом с.с. 130-132 диссертации Есевой Ж.В., имеет место удаление/вставка/замена отдельных символов, слов и словосочетаний «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 удовлетво-*



ренность 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 (К<sub>о</sub>):

$K_c = N_y / N_{общ}$ , где  $N_y$  - число случаев удовлетворенности пациентов;  $N_{общ}$  - общее число оцениваемых случаев.

На последнем "этапе" подсчитывался интегральный индекс социальной эффективности и качества медицинской помощи по следующей формуле:».

3.4. с.с. 126- 131 *диссертации Плотниковой Е.С.* «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 зависи-

мости 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. ...

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

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

*фактически совпадает с текстом с.с. 120-126 диссертации Есевой Ж.В., имеет место замена отдельных слов «1. Совершенствование работы диагностической службы.*

В ближайшей перспективе руководству МУЗ ГКБ № 8 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. ...

... Взаимодействие с другим уровнем оказания медицинской помощи должно быть оформлено договором, в котором имеются критерии перевода больного, дальнейшее лечение на другом уровне и порядок оплаты медицинской помощи. Взаимосвязь врачей стационара и поликлиники и развитие договорных отношений помогут оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, расширить

объем, оказываемый в амбулаторных условиях, улучшить преемственность и сократить расходы в стационаре.

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

Председатель

диссертационного совета

Соловьева Ирина Александровна

Ученый секретарь

диссертационного совета

Подшивалова Мария Владимировна

