

Министерство здравоохранения РФ

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет**

Экономика здравоохранения

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
2015**

Министерство здравоохранения РФ

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет**

Экономика здравоохранения

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
2015**

Экономика здравоохранения. Учебное пособие для студентов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов. – СПб: ГПМУ, 2015. – 72 с.

Пособие подготовлено сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения:

з.д.н. РФ, д.м.н., профессором Юрьевым В.К.;

к.м.н., доцентом Пузыревым В.Г.;

к.м.н., профессором Глущенко В.А.;

к.м.н., доцентом Моисеевой К.Е.;

к.м.н., доцентом Здоровцевой Н.В.;

к.м.н., ассистентом Харбедия Ш.Д.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Орел В.И.,**

Заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор **Микиртичан Г.Л.**

Утверждено учебно-методическим советом университета

© СПбГПМУ, 2015

Оглавление

Основы финансирования здравоохранения.....	5
Научные основы планирования и прогнозирования в здравоохранении.....	19
Оплата труда в здравоохранении.....	28
Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения. Эффективность в здравоохранении.....	30
Социальная защита населения. Медицинское страхование.....	43
Качество медицинской помощи и система его обеспечения.....	55
Инновационные процессы в здравоохранении: определение, предпосылки введения. Новые медицинские технологии.....	66
Список литературы.....	72

Основы финансирования здравоохранения

Формирование рыночных отношений в здравоохранении. Основы финансирования здравоохранения.

Общие положения

Стало признанным, что здоровье – категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то, она что не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. Вместе с тем на сохранение, укрепление, восстановление здоровья государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Нельзя согласиться и с тем, что здравоохранение традиционно относят к непроектируемым отраслям, к сфере услуг нематериального характера. В нем сочетаются товарно-материальная и духовно-информационная деятельность. В этом смысле здравоохранение можно называть «отраслью сохранения и производства здоровья», в которой используется большой арсенал медицинских, экономических методов и средств.

Экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность – производство и реализацию медицинских товаров и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Рынок медицинских товаров и услуг – это сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие **основные понятия рынка**:

- **спрос;**
- **предложение;**
- **услуга;**
- **цена;**
- **конкуренция;**
- **маркетинг.**

Спрос (потребность) – это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие **виды спроса** на рынке медицинских товаров и услуг:

- **Отрицательный спрос:** на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.
- **Скрытый спрос:** отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невоз-

можно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.

- **Падающий спрос:** например, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многоразового использования, гипотензивные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты.
- **Нерегулярный спрос** обусловлен сезонными временными колебаниями (например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний). Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
- **Чрезмерный спрос:** чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и после праздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Предложение – количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и оказываемых работниками, имеющими высшее или среднее медицинское образование.

По условиям и месту оказания, медицинские услуги можно разделить на оказываемые:

- на дому;
- в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- в больничных учреждениях;
- в санаторно-курортных учреждениях;
- в других учреждениях здравоохранения.

Медицинская услуга может быть:

- простой
- комплексной.

Под **простой медицинской услугой** понимается неделимая услуга, например, диагностическая манипуляция, осмотр врача и др. **Комплексная услуга** может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прейскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются:

- неосвязаемость;

- *несохраняемость;*
- *вариабельность качества;*
- *неоднозначность в оценке результата;*
- *медицинская услуга – это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).*

Неосвязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

Несохраняемость. В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс ее производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Нельзя, например, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, вначале накопить, а затем мгновенно «выбросить» их со склада на рынок.

Вариабельность качества. Медицина — это творческий процесс, который отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью профессионального подхода к пациенту, а в итоге, порой, непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией. Поэтому в диагностическом и прогностическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит, прежде всего, от квалификации медицинского работника, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Неоднозначность в оценке результата. Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом — это отрицательный социальный эффект.

Медицинская услуга – это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента). Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Цена – это та сумма денег, за которую «покупатель» может купить, а «продавец» готов продать этот товар или медицинскую услугу.

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой.

С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия:

- *цена спроса;*
- *цена предложения;*
- *цена равновесия.*

Цена спроса – такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя. По этой цене «покупатель» способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения – рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца. Это цена, по которой «продавец» предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая **цена равновесия**. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Конкуренция – состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения **конкурентными участниками** могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения — по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Конкурентные преимущества – уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Менеджмент в здравоохранении: цели, принципы и методы

Успешному осуществлению реформ в здравоохранении может способствовать внедрение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждениями здравоохранения. Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца.

Менеджмент - это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива.

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Субъектом управления является управляющая сторона, управляемыми объектами управления – коллективы, отдельные работники. Основу управленческой деятельности составляет способы воздействия управляющих на объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления.

Управление – это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

Выделяют следующие принципы управления:

- Организационные, координационные и оперативные, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.
- Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это - дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и др.
- Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства учреждения.

Методы управления бывают организационно-распорядительные, экономико-хозяйственные, правовые и социально-психологические. К методам управления относят:

- методы подкрепления и стимулирования;
- методы регулирования поведения;
- методы по оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников;
- развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства.

Функции управления определяются уровнем системы управления. Система управления любого объекта имеет 3 уровня - стратегический, тактический и оперативный. На стратегическом уровне определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический уровень позволяет оптимально определить конкретные задачи, организацию, поэтапное выполнение и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур.

Среди **функций управления** главными являются следующие:

- Технические операции - производство. Для медицинских учреждений к производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.
- Коммерческие - покупка, продажа, обмен; для медицинских учреждений - это продажа отдельных видов медицинских услуг.
- Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.

- Страховые - страхование и охрана имущества и лиц.
- Учетные - бухгалтерия, учет, статистика и др.
- Административные - перспективное программно-целевое планирование, организация, координация, распорядительные функции и контроль.

Целями управления могут быть: новаторские, решение, проблем, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование.

Целям и функциям управления соответствует определенная установка (техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, страховая). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых такими параметрами, как физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, чувство достоинства, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

Процесс управления включает: планирование, организацию, распорядительность, координацию, контроль, анализ, оценку эффективности, принятие решения, подбор персонала, мотивацию и оптимизацию индивидуальной деятельности, представительство и ведение переговоров и сделок.

Алгоритм (последовательность) управленческих решений:

- Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование).
- Сбор необходимой информации.
- Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений.
- Принятие управленческого решения.
- Организация исполнения.
- Контроль исполнения.
- Оценка эффективности и корректировка результатов.

Для эффективного управления важны мотивация (заинтересованная деятельность и приверженность персонала), сочетание производственных, физиологических и психологических ориентиров. Среди качественных способов воздействия на коллектив в менеджменте важную роль играет стиль лидерства (совокупность методов управления и психология управления).

Финансирование медицинских учреждений

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

Финансовая система – совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает в себя: финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование – обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

В соответствии со ст. 82 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются:

- средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования;
- иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

При этом все средства в медицинское учреждение поступают из одного источника – фонда ОМС. Из других средств оплачивается только высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капремонт зданий и реализация целевых госпрограмм. Одноканальное финансирование учреждений здравоохранения позволяет максимально консолидировать финансовые средства в одном источнике – системе ОМС, повысить эффективность деятельности ЛПУ и, в конечном итоге, повысить качество и доступность медицинской помощи населению. Система финансирования учреждений здравоохранения зависит от их типа.

Все поликлиники финансируются по так называемому «подушевому» принципу, то есть сумма средств, выделяемых из фондов ОМС, зависит от численности обслуживаемого населения. За каждого прикрепленного пациента, вне зависимости от того, как часто и с какими проблемами он обращался в поликлинику или вообще не обращается, раз в год поступит фиксированная сумма средств, при этом менять поликлинику можно не чаще одного раза в год. При такой системе финансирования каждое ЛПУ заинтересовано в том, чтобы «удержать» пациента, а для этого улучшать качество своей работы.

Стационарная медицинская помощь финансируется методом клинко-статистических групп (КСГ). КСГ — это классификация законченных случаев лечения в стационаре, объединение их в однородные группы с точки зрения клинической картины, а также затратоемкости или ресурсоемкости на проведение необходимого лечения. Для каждой КСГ определяется коэффициент затратоемкости (КЗ), который показывает, во сколько раз случай, попадающий в каждую группу, стоит дороже, чем средняя стоимость стационарного лечения в России. Так, например, согласно программе государственной гарантии на 2015 год, норматив финансирования за случай стационарного лечения составляет около 22 тыс. руб. Коэффициент затратоемкости при проведении химиотерапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей, рака молочной железы, рака кишечника) составляет 2,25, значит, за лечение данного пациента в среднем по России стационар получит 49,5 тыс. руб.

На данный момент разработана стандартная система формирования КСГ. Каждый случай госпитализации характеризуется основным диагнозом, который является основной причиной госпитализации. Если больному не проводится каких-то медицинских вмешательств (оперативные, диагностические технологии, химиотерапия и пр.), то тогда применяется классификация по диагнозу. Когда проводится медицинское вмешательство, существует несколько типов КСГ, к которым можно отнести тот или иной случай госпитализации: по диагнозу, по виду вмешательства либо по комбинации диагноза и вмешательства. В настоящее время учитывается только один основной повод госпитализации. Однако уже сейчас внедряются методы, которые позволяют учесть сопутствующие диагнозы и дополнительные вмешательства.

В субъектах РФ норматив затрат может варьировать и тарифы различаться. Коэффициенты затратоемкости и содержание КСГ определяются на федеральном уровне, однако в субъектах РФ могут использоваться методы адаптации разработанной федеральной модели. Субъекты могут использовать 3 вида поправочных коэффициентов: коэффициент уровня стационара; управленческий коэффициент и коэффициент сложности курации пациента. Для случаев, когда пациенту проводится длительное, или наоборот кратковременное лечение, — предусмотрены отдельные правила. Кроме того в субъектах РФ можно выделять подгруппы из КСГ, сформированных на федеральном уровне. Тарифы и правила их применения в субъекте РФ утверждаются тарифным соглашением. В перспективе планируется уменьшить вариации в тарифах и оплачивать медицинскую помощь по единым тарифам, что позволит уравнивать граждан в правах на получение бесплатной медицинской помощи.

Порядок оказания медицинских услуг

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинских услуг. Первая – *бесплатная*, в рамках

«Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Вторая – **платная**, за счет средств граждан, предприятий и других источников в частной системе здравоохранения, а также в государственных и муниципальных ЛПУ в виде платных медицинских услуг.

Учреждения здравоохранения могут оказывать медицинские услуги населению (как бесплатные, так и платные) только при наличии лицензии и аккредитации.

Медицинская лицензия (лицензия на медицинскую деятельность) - это документ, подтверждающий право субъекта (учреждения здравоохранения) заниматься медицинской практикой. Законодательством предусмотрено, что медицинская лицензия может быть выдана бессрочно.

На сегодняшний день существует более ста направлений медицинской практики, для которых необходимо получение медицинской лицензии. Надлежащим образом оформленная лицензия на медицинскую деятельность содержит четкий перечень врачебных специальностей, точно соответствующих номенклатуре МЗ РФ.

Аккредитация учреждения здравоохранения - это официальное признание наличия в учреждении здравоохранения условий для качественного, своевременного, определенного уровня медицинского обслуживания населения, соблюдения им стандартов в сфере здравоохранения, соответствия медицинских (фармацевтических) работников единым квалификационным требованиям.

Бесплатные медицинские услуги оказываются населению в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». В соответствии с Программой гражданам бесплатно оказываются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством РФ, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

- перечень форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании;
- средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования

ния, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ, основанных на данных медицинской статистики.

В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов РФ утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Федеральная Программа устанавливает требования к территориальным программам в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев её доступности.

В рамках территориальной программы органы государственной власти субъектов РФ устанавливают:

- целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;
- порядок реализации установленного законодательством РФ права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта РФ;
- перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;
- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании;
- объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Территориальные программы при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие воз-

возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

При формировании территориальной программы учитываются:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
- особенности половозрастного состава населения;
- уровень и структура заболеваемости населения субъекта РФ, основанные на данных медицинской статистики;
- климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;
- сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии со ст. 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и статьей 39 Закона РФ "О защите прав потребителей" граждане имеют право на получение **платных медицинских услуг**, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством РФ. В настоящее время этот порядок определен постановлением Правительства РФ от 2012 года "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями", вступившими в силу с 1 января 2013 года.

Указанный документ определяет основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";

"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"исполнитель" - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон на основании договора. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при

этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

До заключения договора Правила предоставления услуг в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в Интернете, а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование; для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество;

б) адрес места нахождения юридического лица (для индивидуального предпринимателя - адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности), данные документа, подтверждающего факт внесения сведений в Единый государственный реестр;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой (бесплатной);

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны вышестоящих органов управления.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

Исполнитель обязан предоставить для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика и другие документы (копию учредительного документа, копию лицензии и т.д.). При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы госгарантий. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках госгарантий.

Медицинские организации, участвующие в реализации программ госгарантий, имеют право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программами госгарантий и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая:

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

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

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

- ✓ гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС, если иное не предусмотрено международными договорами;
- ✓ при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные МЗ РФ.

Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

В соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" *не подлежат оплате за счет личных средств граждан:*

- оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
- размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;
- транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицин-

ской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

➤ транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

Финансовый контроль в здравоохранении

Финансовый контроль - контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения.

Важнейшей задачей финансового контроля является реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

Финансовый контроль осуществляют в виде предварительного, текущего и последующего контроля.

Предварительный контроль, например, на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, территориальным фондом ОМС.

Текущий и последующий контроль в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования также принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения субъекта РФ.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатываются и утверждаются совместные планы-графики.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и в случае их невыполнения направлять материалы проверок в исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности для приостановления или отзыва лицензии организации здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;
- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в организациях здравоохранения;

- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

Таким образом, обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством для оплаты оказываемой населению медицинской помощи.

Научные основы планирования и прогнозирования здравоохранения

Общие положения

Отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития в целом и, прежде всего, здравоохранения.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена следующими обстоятельствами: общественным характером производственных отношений и неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно в кризисных ситуациях.

При этом не надо забывать о двух крайностях в воздействии государства на экономику: первое – государственное регулирование тех экономических процессов, которые более эффективно могут управляться рыночными механизмами, второе – полагаться исключительно на рыночные механизмы в тех случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Прогнозирование тесно связано с планированием и является необходимой методологической и информационной основой для разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как стратегического направления в управлении и экономике здравоохранения позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, переходом здравоохранения на систему бюджетирования, ориентированного на результат.

Прогнозирование по своей сути означает предвидение и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз.

Гипотеза – научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

Прогноз – комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогноз, по сравнению с гипотезой, более определен и достоверен, имеет качественные и количественные параметры. В то же время прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. Поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

Поскольку прогноз строится на вероятностном развитии событий, то он может иметь несколько сценариев: оптимистический, пессимистический, реалистический. Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, имеет системный характер и учитывает факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Прогнозы в здравоохранении могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы показателей здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, специализированных служб;
- прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб, они между собой взаимосвязаны. На их основе должен разрабатываться прогноз развития системы здравоохранения в целом, который, в свою очередь, должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В Российской Федерации прогнозы социально-экономического развития разрабатываются на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы.

В здравоохранении в зависимости от поставленных задач выделяют следующие формы прогнозов:

- оперативные (текущие);
- краткосрочные (годовые);
- перспективные (среднесрочные – 3-5-летние и долгосрочные – 10 лет и более).

В здравоохранении прогнозирование является важнейшей функцией управления, так как ценой ошибок в принятии управленческого решения может быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

Планирование в здравоохранении

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

План здравоохранения является комплексным и выражается в соответствующих показателях, отражающих основные разделы:

- ✓ развитие сети медицинских учреждений;
- ✓ подготовка и повышение квалификации медицинских кадров;
- ✓ план капитального строительства;
- ✓ план по труду (для ЛПУ штатное расписание);
- ✓ материально-техническое обеспечение;
- ✓ финансовый план (бюджет здравоохранения).

Данные разделы являются обязательными при планировании на любом уровне: область, город, ЛПУ, что гарантирует сопоставимость показателей.

Измерителем плана стационарной сети является койка и количество пролеченных больных; для поликлиники - посещение, и законченные амбулаторные случаи; для станции скорой медицинской помощи - количество вызовов в год.

Этапы разработки плана здравоохранения

1. Анализ уровня и структуры заболеваемости, демографических и других показателей здоровья.
2. Анализ состояния сети учреждений здравоохранения и ее деятельности, наличия, расстановки и использования медицинских и фармацевтических кадров.

3. Прогноз демографических процессов и потребностей населения в медицинской помощи.
4. Разработка нормативов, стандартов и модели конечных результатов.
5. Составление плана здравоохранения.
6. Контроль за выполнением плана.

Принципы планирования в здравоохранении

На современном этапе основными принципами планирования в здравоохранении являются:

- *системный подход;*
- *сочетание отраслевого и территориального планирования;*
- *выделение приоритетных направлений;*
- *директивность планов;*
- *единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;*
- *обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.*

Системный подход. Сущность его состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и, одновременно, как элемент более общей системы. Системный подход в управлении здравоохранением – это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

Сочетание отраслевого и территориального планирования. Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив, прежде всего, таких отраслей как культура, образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, сельское хозяйство, строительство и др. Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Выделение приоритетных направлений. Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения Российской Федерации.

Директивность планов. Принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможность внесения в него необходимых корректив и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные Программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатываются муниципальные задания.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения. Принцип реализуется, прежде всего, в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге, все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающего в различных регионах Российской Федерации, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Новгородской области будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время, условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковыми.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного. Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны, в первую очередь, предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, – в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

- *стратегическое;*
- *перспективное;*
- *текущее.*

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления – федеральном и субъекта Российской Федерации.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерство здравоохранения РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения Российской Федерации;

- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов Российской Федерации;
- федеральные целевые медико-социальные программы.

Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации. Задачей органов управления здравоохранением субъектов РФ является разработка стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 и более лет. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

- анализ и прогноз состояния здоровья населения субъекта РФ на расчетный период;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на расчетный период;
- расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения субъекта РФ;
- разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения субъекта РФ;
- определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
- разработка и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3-5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Методы планирования в здравоохранении

При планировании здравоохранения используются следующие методы:

- **аналитический метод** - позволяющий оценить исходный и достигнутый уровни при составлении плана и анализе его выполнения;
- **балансовый метод**, обеспечивающий пропорции в разрабатываемых планах и позволяющий своевременно вскрыть намечающиеся диспропорции во время их реализации. В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов: натуральные (материальные), стоимостные (денежные), трудовые (кадровые), межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования);
- при планировании здравоохранения, особенно на муниципальном и региональном уровнях, до настоящего времени не потерял своей актуальности так называемый **нормативный метод** планирования, основанный на использовании соответствующих норм и нормативов;
- **экономико-математический метод** позволяет обосновать оптимальные варианты плана;
- **метод линейного программирования** дает возможность оптимального размещения объектов здравоохранения с учетом местных особенностей;

- **бюджетный метод** широко используется для изучения трудовых затрат медицинского персонала и бюджета времени населения для получения медицинской помощи.

Вышеперечисленные методы практически в полном объеме используются в **экспериментальном методе**, любое нововведение обязательно испытывается и оценивается в эксперименте.

Одним из методов перспективного планирования при государственной системе здравоохранения является стратегическое планирование на основе **программно-целевого метода**.

Программно-целевой метод стратегического планирования имеет следующие преимущества в обеспечении:

- целевого распределения бюджетных средств;
- привлечения дополнительных источников для финансирования конкретных целей;
- комплексного решения проблем за счет создания условий для вертикального и горизонтального взаимодействия;
- мониторинга за процессом достижения целей, их своевременной корректировки и оценки эффективности;
- в использовании на всех уровнях управления.

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяют следующие три метода: аналитический, нормативный и балансовый.

Аналитический метод – планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений (показатели медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидности, физического развития, показатели обеспеченности кадрами, объемов амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, нагрузки медицинского персонала, качества медицинской помощи и др.).

Аналитический метод используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода рассчитываются необходимые объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами, нагрузка медицинского персонала и др.

За основу норматива при определении потребности населения во всех видах амбулаторно-поликлинической помощи берут плановое число посещений поликлиники на одного жителя в год.

Чтобы рассчитать необходимое число врачей для амбулаторно-поликлинической помощи используют формулу:

$$B = \frac{L \times H}{\Phi},$$

где В – необходимое число врачей; Л – норматив посещений на 1 человека в год; Н – общая численность населения, Ф – функция врачебной должности. Функция врачебной должности рассчитывается по формуле:

$$\Phi = A \times B \times \Gamma,$$

где: Ф – функция врачебной должности врача, ведущего только амбулаторный прием в поликлинике; А – нагрузка врача на 1 час работы; В – число часов работы врача в день; Г – число рабочих дней в году.

Для врачей, ведущих амбулаторный прием в поликлинике и обслуживающих вызовы на дом, функция врачебной должности рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi = [(A \times B) + (C \times D)] \times \Gamma,$$

где: А – нагрузка на 1 час приема врача в поликлинике; В – число часов работы врача на приеме в поликлинике; С – нагрузка врача на 1 час обслуживания пациентов на дому; Д – число часов работы врача по обслуживанию пациентов на дому; Г – число рабочих дней в году.

Аналитический метод расчета необходимого числа врачей для амбулаторно-поликлинической помощи населению применяется для перспективного планирования амбулаторно-поликлинических учреждений для территории, на которой известно общее количество населения (детей и взрослого населения вместе), которое будет там проживать. После заселения данной территории поликлиники проводят точную перепись приписанного населения и, исходя из штатных нормативов медицинского персонала нормативным методом, определяется необходимое число ставок врачей.

При планировании стационарной помощи сначала формируется сеть больничных учреждений, а затем рассчитываются кадры. За основу норматива при определении потребности населения в стационарной помощи аналитическим методом принято брать уровень госпитализации на 1000 жителей.

Потребность населения в стационарной помощи в целом и по отдельным специальностям определяется по **формуле И.И. Розенфельда**:

$$K = \frac{H \times P \times \Pi}{D \times 1000},$$

где К – необходимое число коек; Н – численность населения; Р – уровень госпитализации; П – среднее число дней пребывания больного на койке; Д – среднее число дней работы койки в году.

В зависимости от числа специализированных коек в районе формируется сеть стационарных учреждений. На основании действующих штатных нормативов, нормативным методом рассчитывается необходимое число должностей различных групп персонала для стационаров.

Нормативный метод используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

Норматив – расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗ РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив – это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Классификация нормативов по видам ресурсов:

- **материальные**, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м³ отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- **финансовые**, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (расход финансовых средств на лекарственные препараты на 1 койко-день, подушевое финансирование, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- **временные**, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

В настоящее время, согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Феде-

рации № 290н от 2 июня 2015 года, отраслевые нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации) составляют для:

- а) врача-педиатра участкового - 15 минут;
- б) врача-терапевта участкового - 15 минут;
- в) врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- г) врача-невролога - 22 минуты;
- д) врача-оториноларинголога - 16 минут;
- е) врача-офтальмолога - 14 минут;
- ж) врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере 70-80 % от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации должны составлять не более 35 % от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием. Это достигается путем рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой. Так, в частности, сегодня во время приема больного из девяти обязательных документов врач обязан заполнять только три: амбулаторную карту пациента, рецепт и врачебное заключение. Остальные шесть: карту наблюдений, паспорт врачебного участка, медицинские справки, талон пациента, выписки и ведомость учета посещений доверено оформлять медсестрам.

Нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере 60-70 % от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, установленных в медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация).

В медицинских организациях, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, нормы времени, устанавливаются с учетом плотности проживания и половозрастного состава населения, а также с учетом уровня и структуры заболеваемости населения путем суммирования корректирующих коэффициентов норм времени.

При этом применяются следующие корректирующие коэффициенты:

- а) плотность проживания прикрепленного населения выше 8 человек на кв. км: -0,05;
- б) плотность проживания прикрепленного населения ниже 8 человек на кв. км (за исключением районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей): +0,05;
- в) уровень заболеваемости населения выше на 20 % среднего значения по субъекту Российской Федерации: +0,05;
- г) уровень заболеваемости населения ниже на 20% среднего значения по субъекту Российской Федерации: -0,05;
- д) доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения выше 30%: +0,05 (для врача-педиатра участкового - доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет выше 8 %: +0,05);
- е) доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения ниже 30 %: -0,05 (для врача-педиатра участкового - доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет ниже 8 %: -0,05).

Использование нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

Балансовый метод является одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в

развитии отдельных видов медицинской помощи, например, амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);
- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения аналитический, нормативный и балансовый методы, как правило, используют вместе, дополняя один другим.

Планирование и расходование финансовых средств организациями здравоохранения

Планирование потребности в финансовых средствах организаций здравоохранения осуществляется на основании составляемых *смет*.

В основу построения индивидуальных смет расходов организации здравоохранения закладываются статистические нормативные показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данной организации, в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Смета – расчёт (план) предстоящих доходов и расходов на осуществление медицинской деятельности учреждения.

Существуют общие требования к порядку составления, утверждения и ведению сметы. Смета утверждается главным врачом учреждения здравоохранения.

Смета учреждения составляется на основании расчетных показателей, характеризующих деятельность учреждения. К представленной на утверждение смете прилагаются обоснования (расчеты) сметных показателей, использованных при формировании сметы.

В учреждениях здравоохранения предусматриваются следующие виды расходов:

- заработная плата;
- командировочные расходы;
- расходы на материальное обеспечение учреждений;
- расходы на медикаменты и расходные материалы;
- расходы на питание пациентов;
- расходы на приобретение оборудования;
- затраты на капитальный и текущий ремонт зданий и сооружений;
- расходы на содержание имущества;
- оплата коммунальных услуг, электроэнергии и др.

Оплата труда в здравоохранении

Оплата труда – это источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. При этом, одна из вечных проблем – в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

Две главные составляющие, которые определяют размер заработной платы работников здравоохранения: первая – форма оплаты, вторая – общая сумма денежных средств, которыми располагает организация здравоохранения для оплаты труда своих работников. Каждая организация здравоохранения ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует фонд оплаты труда, исходя из имеющихся в наличии и планируемых денежных поступлений с учетом налоговых отчислений.

Финансовые средства организаций здравоохранения распределяются на две составляющие: фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды, средства, направляемые на содержание и развитие организаций здравоохранения. В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями организации здравоохранения, а в рамках подразделений – между сотрудниками с учетом квалификационных групп и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

Фонд оплаты труда – суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

На первом этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала. Причем, здесь возможно два подхода: первый – в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, второй – исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике, как правило, встречается сочетание того и другого подходов.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливаются в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы. На основании штатного расписания составляются тарификационные списки должностей работников, которые являются основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать Номенклатуре специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, которая утверждается МЗ РФ.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющим порядок оплаты соответствующих должностей.

Основными формами оплаты труда медицинских работников являются:

- повременная;
- сдельная;
- контрактная.

При **повременных формах** оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще – за месяц).

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, который измеряется объемом выполненной работы.

Однако в здравоохранении трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. К тому же, если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, выполненных каждым работником, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ).

Контрактная форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма является наиболее прогрессивной. Она предусматривает следующие составляющие, которые должны учитываться при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый должностной оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) – минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Профессиональная квалификационная группа устанавливается в соответствии с методическими рекомендациями органа управления здравоохранением.

Компенсационные выплаты – доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению). Объем компенсации за работу в особо опасных и тяжелых условиях труда устанавливает работодатель с учетом результатов специальной оценки условий труда.

Стимулирующие выплаты – доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

До недавнего времени базовый должностной оклад врача составлял около 40% от размера заработной платы, а остальное приходится на стимулирующие и компенсационные выплаты. В настоящее время в регионы направлены рекомендации о внесении изменений в структуру заработной платы врачей, при которой 55-60% должна составлять базовая часть, 10-15% – компенсационные выплаты и 30% стимулирующие выплаты.

Механизм реализации этой системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником организации здравоохранения.

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения. Эффективность в здравоохранении

Экономический анализ в учреждениях здравоохранения – это совокупность приемов и методов группировки и сравнительной оценки показателей лечебно-производственной и финансовой деятельности.

Финансовые, материальные и трудовые ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности и применяемыми для проведения экономического анализа.

Финансовые ресурсы здравоохранения – это совокупность всех видов денежных средств (рубли и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Материальные ресурсы здравоохранения – это совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Трудовые ресурсы представляют собой трудоспособную часть населения страны, которая по физическому состоянию, приобретенному образованию, профессионально-квалификационному уровню способна производить материальные блага или услуги. В здравоохранении трудовые ресурсы представлены медицинским и фармацевтическим персоналом, научными работниками, вспомогательным персоналом, работниками аппарата управления и т.д.

Предметом экономического анализа является лечебно-хозяйственная деятельность учреждений, направленная на осуществление их функций по медицинскому обслуживанию населения и эффективное использование имеющихся у них ресурсов.

Основными целями экономического анализа являются: контроль выполнения плановых показателей медицинского учреждения; обоснование экономических затрат; разработка экономических критериев; оценка конечных результатов деятельности медицинского учреждения; составление научно-обоснованного плана повышения эффективности работы учреждения; определение способов рационального использования ресурсов здравоохранения; выявление резервов и определение рациональных путей их использования. Экономическое обоснование управленческих решений на основе экономического анализа способствует обеспечению финансовой устойчивости ЛПУ и одновременно повышению качества медицинской помощи.

В условиях развития рыночных отношений значение проведения экономического анализа возрастает.

При решении любой задачи, стоящей перед экономическим анализом, следует помнить, что деятельность любого медицинского учреждения характеризуется определенной системой взаимосвязанных медико-экономических показателей.

Например, качество медицинской помощи в отделениях больницы в значительной степени зависит от квалификации врачей, уровня оснащенности лечебно-диагностической аппаратуры, от уровня внедрения новых методов диагностики и лечения и других факторов. В то же время качество медицинской помощи тесно связано с экономическими показателями стационара. Таким образом, чтобы исследовать какую-либо сторону деятельности больницы или поликлиники, необходимо изучить показатели в их взаимосвязи и взаимодействии.

Экономический анализ является основой планирования деятельности лечебно-профилактического учреждения.

Основные принципы: комплексность, коллективность, принцип ведущего звена, однородность учета, оптимальное сочетание различных видов экономического анализа.

Комплексность экономического анализа связана с тем, что сам лечебный процесс обеспечивается взаимосвязанной работой отделений, служб и предполагает использование различных материальных и трудовых ресурсов. Экономический анализ необходимо проводить во всех подразделениях ЛПУ, привлекая к поиску резервов и бережному их использованию работников всех отделений и служб. При этом важно определить те участки, объекты, которые являются наиболее ресурсоемкими или где особенно велики отклонения от установленных нормативов. Конечно, при экономическом анализе надо учитывать специфику деятельности каждого подразделения ЛПУ.

Экономический анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений дает возможность объективно оценить использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов в каждом учреждении. Данные анализа используются для текущего и перспективного планирования, для повышения эффективности управления здравоохранением.

Экономический анализ – необходимое звено в системе управления медицинскими учреждениями, которое обосновывает выбор оптимального варианта решения целого комплекса проблем, связанных с планированием деятельности учреждения. Поэтому экономический анализ должен завершаться принятием соответствующих управленческих решений.

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

Руководители разных уровней ЛПУ должны освоить управление бюджетом больницы, уметь анализировать результаты и затраты, рассчитывать потребности в финансовых ресурсах и определять экономическую эффективность платной медицинской деятельности.

При этом общественная деятельность лечебного учреждения оценивается не по величине полученной прибыли (от платной деятельности, от ДМС), а по степени защищенности застрахованного. Такой подход к оценкам результатов и должен обеспечить руководитель, менеджер, экономист ЛПУ. Для этого он должен владеть управленческим учетом, показателями медицинской эффективности, уметь предлагать наиболее экономичные методы лечения в условиях нехватки финансовых ресурсов, ставить задачи непрерывного улучшения качества все деятельности вверенного ему учреждения здравоохранения.

Экономический анализ производственно-хозяйственной деятельности ЛПУ особенно необходим при организации платных медицинских услуг. Только экономический анализ дает ответ на вопрос, стоит ли организовывать медицинскую помощь на коммерческой основе в данном учреждении, будет ли получен от нее эффект, станет ли она дополнительным источником финансирования. Бюджетные же лечебные учреждения в условиях дефицита денежных средств тем более должны тщательно анализировать свою хозяйственную деятельность, чтобы принимать правильные управленческие решения. Решение управленческих вопросов на местах обеспечивает устойчивость функционирования здравоохранения как целостной системы.

В условиях рыночной экономики стратегической задачей любого учреждения, в том числе ЛПУ, является повышение качества и конкурентоспособности производимых услуг в целях получения максимальных экономических результатов (прибыли) от их реализации.

Виды экономического анализа

Умелое сочетание видов анализа, подчинение их целям, управления позволяют значительно повысить производительность труда в учреждении.

При экономическом анализе должны учитываться два главных момента:

- 1) необходимо анализировать как затраты, так и результаты деятельности здравоохранения;
- 2) необходимо решать проблему выбора наиболее эффективных действий, направления деятельности, т.к. ресурсы ограничены и в связи с этим, невозможно получить все то, что хотелось бы получить в виде запланированного результата.

В связи с этим, экономический анализ должен проводиться на всех стадиях выработки и реализации управленческих решений.

Экономический анализ тесно связан с бухгалтерским и статистическим учетом. С одной стороны, он основывается на данных бухгалтерского учета и статистики, широко использует получаемые ими данными. С другой – сами результаты экономического анализа нередко используются в бухгалтерском учете и статистической отчетности.

По цели проведения различают следующие виды экономического анализа:

1. **Комплексный экономический анализ** – обеспечивает изучение и оценку всей деятельности медицинского учреждения (больницы, поликлиники, диспансера и др.). Он позволяет выявить тенденции развития того или иного медицинского учреждения за изучаемый период, степень выполнения комплексного плана медико-экономических показателей медицинского учреждения, структурных подразделений и оценить полученные результаты и факторы, оказывающие влияние на них, определить успехи и недостатки в руководстве и организации работы медицинского учреждения.

2. **Специальный анализ** – проводится для изучения конкретного вопроса (например, причины невыполнения плана койко-дней в отделении, анализ эффективности работы структурного подразделения и др.).

3. **Частичный анализ** – изучение частного вопроса в общей системе деятельности учреждения (например, анализ эффективности использования ультразвуковой аппаратуры в больнице, фонда материального стимулирования и т.д.).

В структурных подразделениях, вспомогательных службах и кабинетах исключительно важное значение имеет оперативный экономический анализ, проводимый по данным ежедневного учета и контроля выполнения основных показателей, календарных графиков и оперативных планов. Именно такой анализ позволяет своевременно и правильно принять решение в процессе управления медицинским учреждением, структурным подразделением.

По содержанию и аспектам исследования различают:

1. **Финансово-экономический анализ** – изучение стоимости показателей и финансовых результатов (себестоимости, прибыли, рентабельности, стоимостного объема услуг, обеспеченности финансовыми ресурсами).

2. **Технико-экономический анализ** – оценивает уровень технической оснащенности, применяемые медицинские технологии и уровень организации работы ЛПУ, организацию лечебно-диагностического процесса с позицией их влияния на результаты деятельности учреждения, на экономические показатели.

3. **Функционально-стоимостной анализ** – направлен на поиск экономических видов медицинских услуг, определение трудозатрат и нормирование труда, определение необходимой технической оснащенности по различным видам предоставляемой медицинской помощи.

В условиях рыночной экономики стратегической задачей любого учреждения становится повышение качества и конкурентоспособности производимой продукции и услуг с целью получения максимальных экономических результатов (прибыли) от их реализации. Поэтому, главными задачами экономического анализа производственно-хозяйственной деятельности объектов здравоохранения становятся выявление их внутренних резервов и выбор приоритетных направлений вложения собственных и заемных средств для повышения финансовой устойчивости.

Экономический анализ деятельности ЛПУ целесообразно проводить по следующим основным направлениям:

- использование основных средств;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование труда медицинских кадров;
- повышение качества и конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг (производимой продукции);
- внешнеэкономическая деятельность;

- финансовая устойчивость и платежеспособность объектов здравоохранения;
- формирование и использование доходов и прибыли;
- изменения в области стратегического и текущего планирования, а также оценка результатов производственно-хозяйственной деятельности учреждений (предприятий).

В условиях рыночной экономики экономический анализ подразделяется на внешний и внутренний. Внешний анализ связан с оценкой рентабельности работы учреждения (организации), интенсивности использования его финансовых средств в целом. На основе результатов внешнего анализа определяются взаимоотношения объекта здравоохранения и акционеров, кредиторов и налоговых органов.

Внутренний анализ производственно-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения рассматривает механизм достижения главной цели – экономических результатов. Результаты внутреннего анализа являются одним из важных средств конкурентной борьбы, и поэтому представляют коммерческую тайну учреждения. Для внутреннего экономического анализа используется весь комплекс экономической информации ЛПУ. В процессе этого анализа прослеживается формирование прибыли учреждения, структура оказываемых услуг, характер и причины отклонения цен услуг от запланированных.

Фактические показатели ЛПУ сопоставляются с плановыми, нормативными, изучается изменение показателей в динамике. Полезно сопоставление показателей ЛПУ с аналогичными показателями других однотипных лечебных учреждений, а также с обобщающими данными, приводимыми в обобщающих сборниках, издаваемых федеральными статистическими службами, республиканскими, областными центрами медико-статистической информации. Базой экономического анализа следует считать материальные и трудовые нормативы, как отраслевые, так и действующие в данном медицинском учреждении.

К основным **нормативам** здравоохранения относятся:

1. Гигиенические нормы;
2. Санитарно-эпидемиологические нормы;
3. Нормы обеспечения потребности населения в лечебно-профилактической помощи с учётом видов (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, скорая и неотложная медицинская помощь, рентген-флюорографические исследования и др.).

Основные нормы обеспечения потребности населения в медицинской помощи:

- нормативы организации врачебных и общеврачебных участков;
- нормативы организации лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений;
- нормативы обеспечения населения койками по специальностям в больницах на 1000 жителей;
- нормативы среднего пребывания больного на койке нозологическим формам и специальностям;
- нормативы среднего числа дней использования койки в году по отдельным специальностям, больницам и административным территориям;
- штатные нормативы;
- расчетные нормативы для определения общей потребности во врачах, среднем медицинском персонале и прочих работниках здравоохранения;
- нормативы медицинского и специального оборудования (аппараты, инструментарий, приборы и т.п.).
- нормативы мягкого инвентаря, мебели, хозяйственного оборудования и транспорта;
- нормативы площади палат в больничных учреждениях и др.;
- финансовые нормативы содержания учреждений здравоохранения по статьям расходов.

4. Нормы производительности труда (нагрузка). Например, нормы нагрузки врачей на час работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, нагрузки врачей в стационарах (число больных) в лабораториях, рентгенкабинетах (число «единиц» и т.д.).

5. Нормы потребления медикаментов и перевязочных средств (в среднем на 1000 амбулаторных посещений и на одну больничную койку по специальностям в год).

Методы экономического анализа

1. Метод сравнения достигнутых результатов работы с планом, с нормами и нормативами, с данными за прошлый период, с показателями передовых однотипных медицинских учреждений;
2. Динамический метод, рассматривающий каждое явление в его развитии. Этот метод применяется для выявления тенденций в развитии различных медицинских учреждений;
3. Метод расчленения, заключающийся в углубленном изучении результатов работы отдельных структурных подразделений медицинских учреждений;
4. Балансовый метод, изучающий соотношение между ресурсами и их использованием;
5. Метод выделения ведущих звеньев, с помощью которых изучаются лишь важнейшие, решающие факторы, оказывающие влияние на тот или иной медико-экономический показатель;
6. Метод статистических группировок дает возможность группировать медицинские учреждения или их подразделения по определенному признаку и выявить его влияние на другие показатели;
7. Метод определения причинных связей между явлениями, заключающийся в анализе причин отклонения тех или иных показателей медицинского учреждения от установленных норм и нормативов;
8. Расчетно-конструктивный метод определяет наиболее вероятные достижения при использовании соответствующих резервов;
9. Метод экспертных оценок. Он является дополнением статистического метода и ставит своей задачей внесение корректив в сложившиеся статистические показатели путём выявления размеров неудовлетворенной потребности или возможностей более рациональной и эффективной организации медицинского обслуживания при данном объеме медицинской помощи;
10. Экспериментальный метод. Используется в различных направлениях:
 - на базах, где проводятся исследования, предварительно обеспечиваются оптимальные организационные формы медицинского обслуживания, укомплектовываются штаты, упорядочивается система учета и т.д.;
 - изучается передовой опыт тех городов, районов, где имеются наибольшие достижения в снижении заболеваемости, рациональной и эффективной организации медицинской помощи населению и организации труда медицинских работников, правильном размещении сети медучреждений, экономном расходовании средств и т.п.;
 - используются результаты научно-исследовательских работ в области организации и экономики здравоохранения, проводившихся с применением экспериментального метода;
 - для проверки эффективности новых методов лечения, профилактики и организационных форм медицинской помощи.

Успех экономического анализа обеспечивается комплексностью рассматриваемых вопросов экономики, техники, качественных показателей медицинской помощи и др., что помогает выявлять резервы и недостатки на всех этапах и уровнях организации медицинской помощи. Ценность такого анализа заключается в выработке конкретных предложений, внедрение которых дает ощутимый медицинский и экономический эффект.

Экономический анализ использования коечного фонда

Существенную роль в обеспечении финансового контроля за деятельностью стационарных учреждений имеет экономический анализ использования коечного фонда.

Показатели использования коечного фонда делятся на экономические и стоимостные.

А) Экономические показатели

$$\text{Процент выполнения плана по койко-дням} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times 100$$

При этом плановое число койко-дней определяется произведением числа коек (средне-годовых) и количества дней работы койки в течение года (по нормативу составляет для большинства профилей коек в городских детских больницах 320 дней).

В оптимальном случае показатель составляет 100%. Если он менее 100%, то больница работает с недогрузкой, если более 100% - с перегрузкой (т.е. появляются незапланированные койки).

$$\text{Средняя длительность работы койки в году} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Основными причинами невыполнения плана могут быть: недостаточное поступление больных (что требует сокращения количества коек, их перепрофилизацию), незапланированный простой коек (вследствие экстренной необходимости ремонта и т.д.).

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднее число лечившихся в больнице}}$$

Число лечившихся в больнице определяется как полусумма поступивших в нее и вы-бывших в течение года, т.е.

$$\frac{\text{Число поступивших} + \text{число выписанных} + \text{число умерших}}{2}$$

Данный показатель рассчитывается как в целом по больнице, так и по разным отделени-ям, нозологическим формам и зависит от следующих основных факторов: профиля коек, харак-тера и степени тяжести основного заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патоло-гии, возраста пациентов, характера госпитализации и состояния при поступлении, качества и организации лечебно-диагностического процесса, адекватность лечебных и диагностических мероприятий, интенсивность лечения, применение новых технологий, проведение активного лечения (в выходные и праздничные дни и т.д.).

Имеет большое значение изучение показателя в динамике и сравнение его в однопро-фильных отделениях.

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число лечившихся в больнице}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Показатель находится в обратной зависимости от предыдущего и определяется влиянием тех же факторов.

$$\text{Время простоя коек} = \frac{365 \text{ дней} - \text{среднегодовая занятость койки (фактически)}}{\text{Средний оборот койки}}$$

Б) Стоимостные показатели

$$\text{Стоимость содержания одной койки в год} = \frac{\text{Сумма расходов больницы}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

$$\text{Стоимость одного койко-дня} = \frac{\text{Сумма расходов больницы}}{\text{Фактически проведенное число койко-дней}}$$

$$\text{Стоимость содержания одного больного} = \text{Стоимость одного койко-дня} \times \text{средняя длительность пребывания больного на койке}$$

Анализируя значимость данных показателей необходимо отметить следующее, что в настоящее время основными проблемами рационализации использования коечного фонда являются:

1) Его недостаточное использование (когда больница в целом или отдельные отделения, профили работают с недогрузкой). Необходимо отметить, что стоимость содержания незанятой койки составляет 70-75% от стоимости содержания занятой, т.к. большинство расходов (за исключением расходов на питание и медикаменты) сохраняются. В этих условиях необходимо либо перепрофилирование коечного фонда, либо его сокращение.

2) Средняя длительность пребывания больных в стационаре остается достаточно высокой (особенно по сравнению с западными странами).

Сокращение этого показателя возможно за счет следующих факторов:

- улучшения работы до госпитального этапа (максимальное обследование больных, преимущественно плановый характер госпитализации, организация работы дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии, развитие служб реабилитации);
- перепрофилирование стационаров с учетом дифференциации по степени интенсивности ухода и лечения;
- сокращения непроизводительных потерь времени в стационаре (четкое планирование и реализация всех видов обследований и консультаций, что оптимально возможно в условиях компьютеризации больницы, отсутствие дублированных исследований, организация работы вспомогательных служб в выходные и праздничные дни; введение механизма материального стимулирования медицинского персонала за сокращение длительности лечения при сохранении его высокого качества).

Необходимо отметить также следующие обстоятельства. При интенсификации использования коечного фонда (т.е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки) стоимость койки увеличивается (за счет дополнительных расходов на питание и медикаменты для больных), стоимость одного койко-дня (и лечения одного больного) сокращается (т.к. эти статьи расходов занимают небольшой удельный вес в их общей структуре); при снижении показателя динамика противоположна.

На стоимостные показатели влияют и такие факторы, как:

- мощность больницы (выше они в маломощных больницах, где лечится небольшое число больных, а хозяйственные расходы велики; снижаются при числе коек 300-400, и вновь возрастают в крупных стационарах, где сосредоточена дорогостоящая техника и работают наиболее высококвалифицированные специалисты);
- профиль коек (в специализированных отделениях стоимостные показатели выше);
- организация работы (в частности, организация экономичного расходования различных ресурсов, рационализация расходов – приобретение оптимальных по цене и качеству продуктов питания, медикаментов и т.д.).

Расчет экономических потерь от простоя коек в ЛПУ:

$$П = \frac{\text{Фактические расходы на содержание больничных коек в год}}{\text{Фактическое число проведенных койко-дней}} - \frac{\text{Фактические расходы на содержание больничных коек в год}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times \text{Фактическое число проведенных койко-дней}$$

Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения

Под понятием «эффективность» в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых, трудовых и информационных затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки эффективности этой отрасли, но и требуют поиска новых путей достижения максимума

мального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. В здравоохранении, даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники, можно получить нулевой, и даже отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии больного, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается силой воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, в повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и, в итоге, увеличением валового внутреннего продукта.

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. Результаты деятельности здравоохранения, реализации национального проекта «Здоровье», медико-социальных программ анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, между которыми существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Медицинская эффективность характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного – это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др.

Медицинская эффективность проводимых профилактических мероприятий, в частности, вакцинации детского населения против гриппа, рассчитывают по формуле:

Эффективность вакцинации детского населения против гриппа	=	$\frac{\text{Число не заболевших гриппом детей, получивших вакцину}}{\text{Число вакцинированных детей}}$
--	---	---

Одним из показателей оценки медицинской эффективности работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.) может быть *показатель доли больных с I-II стадиями злокачественных новообразований*. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз ЗНО в I-II стадиях к общему числу онкологических больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться *показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года*.

Эти показатели рассчитывают как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Также в анализе медицинской эффективности важнейшей составляющей является оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается *показателем эффективности диспансеризации*. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Медицинскую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий среди лиц со стойкой нетрудоспособностью (инвалидов) можно оценивать *показателем полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов*. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро МСЭ инвалидов.

Социальная эффективность. Анализ социальной эффективности системы здравоохранения основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой), могут служить *показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи*. Причем, это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является *состояние общественного мнения*, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы.

Для массовых опросов среди застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в качестве инструмента эмпирического исследования удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи также может выступать анкетирование граждан.

Согласно приказу ФФОМС №118 от 29.05.2009г. социологический опрос (анкетирование) рекомендуется проводить отдельно для оценки удовлетворенностью работой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) и дневных стационаров различного типа.

К основным задачам опроса (анкетирования) могут быть отнесены:

- определение уровня удовлетворенности медицинскими услугами, предоставляемыми за счет средств системы обязательного медицинского страхования, различными категориями застрахованного по ОМС населения;
- оценка застрахованным населением уровня доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых за счет средств системы обязательного медицинского страхования;
- определение объема финансовых расходов населения на оплату различных видов медицинских услуг, в том числе, предоставляемых за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

Опрос может проводиться:

- в медицинских организациях (МО);
- в СМО (представительствах СМО);
- по месту работы застрахованных определенного СМО;
- по месту жительства участников опроса.

Опрос (анкетирование) может проводиться в виде анкетирования (опроса) с использованием «открытых вопросов», определяемых инициаторами их проведения и содержит ответы респондентов в свободной форме.

Анкетирование (опрос) с использованием «закрытых вопросов» носит характер формализованного интервью, ответы на вопросы в котором определены заранее.

В анкету рекомендуется включать следующие причины неудовлетворенности качеством бесплатного медицинского обслуживания.

При амбулаторно-поликлиническом лечении:

- длительное время ожидания в регистратуре, на прием к врачу, при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования;
- необходимость использования личных денежных средств при обследовании и (или) лечении;
- удовлетворенность населения работой врачей;
- недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала лечебного учреждения;
- недоступность некоторых врачей-специалистов;
- низкий уровень технической оснащенности медицинских учреждений (в том числе, недостаточное количество сидячих мест перед кабинетами для ожидания приема врача, плохое санитарно-техническое состояние помещений поликлиники), а также отсутствие пандусов, подъемников и других средств перемещения для лиц с ограниченными физическими возможностями;
- прочие нарушения условий оказания плановой медицинской помощи, регламентированных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, принятой в субъекте Российской Федерации.

При стационарном лечении:

- длительное время ожидания плановой госпитализации, превышающее сроки ожидания медицинской помощи, регламентированные территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, принятой в субъекте Российской Федерации;
- низкий уровень удовлетворенности питанием, получаемым в стационарном учреждении;
- необходимость дополнительно приобретать лекарственные средства и изделия медицинского назначения, расходные материалы, предоставляемые стационарными учреждениями при прохождении госпитализации;
- денежные расходы на диагностическое обследование;
- платные услуги медсестер, санитарок, сиделок;
- платные манипуляции и (или) операции, включая услуги родовспоможения;
- дефекты организации и ведения лечебного процесса (отсутствие обсуждения лечащим врачом схемы и сроков лечения, редкие обходы лечащим врачом и/или заведующим отделением во время пребывания в стационаре и проч.);
- недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала;
- низкий уровень оснащенности учреждения лечебно-диагностическим оборудованием;
- низкий уровень материально-бытовой оснащенности учреждения (плохое санитарно-техническое состояние помещений стационара, в т.ч. палат, комнат для санитарной гигиены, диагностических кабинетов, отсутствие пандусов, подъемников и других средств для лиц с ограниченными физическими возможностями).

Перечень критериев может быть дополнен по желанию инициатора опроса.

Результаты прямого опроса (анкетирования) предлагается оценивать по следующим позициям:

- общее количество респондентов, получивших медицинскую помощь на территории субъекта Российской Федерации — общее количество в единицах, равное 100%;

Из них:

- удовлетворены качеством медицинской помощи — общее количество в единицах и доля от общего количества респондентов в процентах;
- не удовлетворены качеством медицинской помощи — общее количество в единицах и доля от общего количества респондентов в процентах;
- затруднились ответить — общее количество в единицах и доля от общего количества респондентов в процентах.

Шкалу оценки оказанной помощи рекомендуется строить следующим образом:

1,0 — удовлетворены полностью;
0,75 — больше удовлетворены, чем не удовлетворены;
0,5 — удовлетворены не в полной мере;
0,25 — затруднились ответить;
0 — не удовлетворены.

Коэффициент удовлетворенности пациента в таком случае предлагается рассчитывать как средний балл, выставленный респондентами по всем случаям анкетирования:

$$K_{\text{удовл.}} = \frac{(0,25 \times N_{0,25} + 0,5 \times N_{0,5} + 0,75 \times N_{0,75} + N_{1,0})}{N_{\text{в}}},$$

где: 0,25, 0,5, 0,75, 1,0 — баллы по результатам анкетирования пациентов;

$N_{0,25}$; $N_{0,5}$; $N_{0,75}$; $N_{1,0}$ — количество случаев анкетирования, получивших данный балл по результатам опроса респондентов;

$N_{\text{в}}$ — общее число случаев анкетирования, включая нулевые оценки.

Результаты опроса (анкетирования) используются для подготовки рекомендаций по результатам проверки для устранения фактов неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи или организацией оказания медицинской помощи.

Результаты опроса (анкетирования) наряду с результатами экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) могут использоваться для действий СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования по защите прав застрахованного гражданина в системе ОМС, включая:

- подготовку предложений по оптимизации порядка организации медицинской помощи;
- передачу результатов в органы управления здравоохранением для принятия административных решений или проведения тематических конференций среди специалистов в определенной области или в конкретной медицинской организации;
- возможность выбора наиболее оптимально работающих медицинских организаций для заключения договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

Экономический эффект в здравоохранении — один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний аспект — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Главными критериями здесь должны быть показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная эффективности — человеку сохраняется и продлевается жизнь; в то же время экономическая эффективность будет

отрицательной – он может стать инвалидом, лишиться возможности заниматься производственной деятельностью, что повлечет за собой экономический ущерб.

Или другой пример: выздоровление пациента трудоспособного возраста, будет означать уменьшение экономических потерь, связанных с объемом непроедленной и нереализованной продукции в период нахождения его на больничном листе, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время, выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности.

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба

Как было сказано ранее, здравоохранение является «отраслью сохранения и производства здоровья» и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране в целом и на макроэкономические показатели, в частности. Поэтому, говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо, прежде всего, иметь в виду *предотвращенный экономический ущерб* (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб – затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб – экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непроедтых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, пенсий по инвалидности, обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода других льгот социального характера.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) находится по следующим формулам:

для работающего населения (ЗВУТ):

$$У_{зр} = (Д + Б_{л}) \times T_{р} + З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times T_{к} ,$$

для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$У_{зн} = З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times T_{к} ,$$

где: Д – стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день;

Б_л – среднелнейный размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

T_р – длительность лечения в рабочих днях;

З_{апу} – стоимость затрат на 1 посещение в АПУ;

Ч – число посещений в АПУ;

З_{ст} – стоимость затрат на 1 койко-день;

T_к – длительность лечения в календарных днях.

Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на одного инвалида) рассчитывают по формуле:

$$У_{и} = Д \times T_{р} + (П + С + Л) \times T_{к} ,$$

где: Д – стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день);

T_p – число рабочих дней, потерянных по инвалидности;
 Π – размер пенсии по инвалидности в день;
 C – размер социальных льгот в день;
 L – затраты на медицинское обслуживание инвалида в день;
 T_k – число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на одного работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего, с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе и др.

Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на одного человека) рассчитывают по формулам:

для мужчин: $Y_{cm} = (60 - V) \times D$,

для женщин: $Y_{сж} = (55 - V) \times D$,

где: V – возраст умершего;

D – среднегодовая стоимость продукции, недопроизведенной в результате преждевременной смертности.

Для определения суммарного экономического ущерба (Y) от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособных возрастах в разрезе отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяются более сложные расчеты, примеры которых рассматриваются на практических занятиях.

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти **экономический эффект** (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывается как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий:

$$\mathcal{E} = Y_1 - Y_2,$$

где Y_1 – суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий;

Y_2 – суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Социальная защита населения. Медицинское страхование.

Социальная защита населения — это одно из важнейших направлений социальной политики государства, заключающееся в установлении и поддержании общественно необходимого материального и социального положения всех членов общества.

Иногда социальную защиту трактуют более узко: как обеспечение определенного уровня доходов для тех слоев населения, которые в силу каких-либо причин не могут самостоятельно обеспечить свое существование: безработных, инвалидов, больных, сирот, стариков, одиноких матерей, многодетных семей.

В Российской Федерации за социальную защиту отвечает Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.

Система социальной защиты включает действие бюджетных и внебюджетных фондов на федеральном, региональном и местном уровнях.

Государственные внебюджетные фонды, обеспечивающие социальную защиту в РФ:

- ✓ **Пенсионный фонд Российской Федерации**
- ✓ **Фонд социального страхования Российской Федерации**
- ✓ **Фонд обязательного медицинского страхования**

Основные принципы социальной защиты:

- гуманность;
- адресность;
- комплексность;
- обеспечение прав и свобод личности.

Меры социальной защиты:

- Меры по преодолению безработицы.
- Установление минимального уровня оплаты труда, пенсий, стипендий.
- Выплата пособий на детей.
- Поддержка многодетных семей.

Формы социальной защиты:

- Социальное страхование.
- Социальная помощь.
- Социальная обеспечение.

Модели социальной защиты:

- Немецкая (бисмарковская).
- Английская (бевериджская).

Немецкая модель предусматривает обеспечение социальных прав в соответствии с отчислениями, которые уплатил человек на протяжении всей активной жизни. Для семей с ограниченными возможностями существуют различные государственные программы.

Английская модель предусматривает предоставление социальной помощи в минимальных размерах независимо от принадлежности к какой-либо категории.

Виды социальной защиты:

Государственные формы:

- Доступное здравоохранение;
- Льготы;
- Доступное образование;
- Пенсионное обеспечение;
- Система социального обслуживания и предоставления социальных услуг;
- Меры социальной поддержки.

Негосударственные формы:

- Добровольное социальное страхование;

- Благотворительность;
- Частные системы здравоохранения и др.

Пенсионный фонд Российской Федерации.

Пенсионный фонд Российской Федерации (ПФР) - один из наиболее значимых социальных институтов страны. Это крупнейшая федеральная система оказания государственных услуг в области социального обеспечения в России.

Социально-значимые функции:

- установление и выплата страховых пенсий (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца), накопительной пенсии, пенсии по государственному пенсионному обеспечению, пенсии военнослужащих и их семей, социальных пенсий, пенсии госслужащих;
- выдача государственных сертификатов на материнский (семейный) капитал;
- назначение и реализация социальных выплат отдельным категориям граждан: ветеранам, инвалидам, Героям Российской Федерации и др.;
- администрирование страховых взносов на обязательное пенсионное и медицинское страхование;
- назначение и реализация федеральной социальной доплаты к пенсии до уровня прожиточного минимума пенсионера в регионе;
- ведение системы персонифицированного учета прав участников системы обязательного пенсионного страхования;
- формирование, инвестирование и выплата средств пенсионных накоплений; адресная помощь пенсионерам и софинансирование социальных программ субъектов РФ; реализация Программы государственного софинансирования пенсии; реализация международных соглашений.

ПФР участвует в финансировании мероприятий социальных программ субъектов Российской Федерации, связанных с укреплением материально-технической базы учреждений социального обслуживания населения и оказанием адресной социальной помощи неработающим пенсионерам.

Начиная с 2006 года, в сфере социального обслуживания населения сформировалась устойчивая система основных направлений, требующих поддержки со стороны государства.

Выработанный механизм софинансирования социальных программ с учетом основных направлений развития социального обслуживания в регионах позволил увеличить количество учреждений социального обслуживания населения в России, существенно улучшить их материально-техническую базу, уменьшить очереди для помещения в учреждения социального обслуживания во многих субъектах, в целом повысить комфорт и качество жизни пожилых и нетрудоспособных граждан.

Субсидии Пенсионного фонда России субъектам Российской Федерации являются серьезным стимулом для расширения социальных программ, направленных на реальное улучшение качества жизни наиболее социально уязвимых категорий пенсионеров и инвалидов.

Социальное страхование. Фонд социального страхования.

Социальное страхование является инструментом реализации государственной социальной политики.

В Российской Федерации социальное страхование финансируется из государственного целевого внебюджетного Фонда социального страхования, а также других коллективных и частных страховых фондов.

Фонд социального страхования РФ – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основными задачами Фонда социального страхования являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, оплата санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан, финансирование отдельных государственных программ по охране здоровья, оплата родовых сертификатов и др.

Медицинское страхование.

Медицинское страхование в Российской Федерации осуществляется в двух видах: **обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС).**

Обязательное медицинское страхование

Основным документом, регламентирующим деятельность в области ОМС, является Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" вступивший в силу 1 января 2011 г.

Согласно Закону **обязательное медицинское страхование** - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы ОМС.

При этом **страховой случай** - это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, а **страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Важнейшим понятием в системе ОМС является **страховое обеспечение**, под которым подразумевается исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организации.

Главной фигурой в системе ОМС являются **застрахованные лица**. В соответствии с ФЗ №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. к ним относятся: граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах".

Застрахованные лица имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ, а также свободный выбор медицинской организации, врача, СМО путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.

Медицинская помощь застрахованным лицам в системе ОМС оказывается в рамках **базовой и территориальной программ ОМС**, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном Законом.

Базовая программа ОМС - составная часть программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Указанные нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из **стандартов** медицинской помощи и **порядков** оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Территориальная программа ОМС - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договоров.

Финансовое наполнение системы ОМС обеспечивают *страхователи*.

Страхователями для работающих граждан являются:

1. Лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - организации;
 - индивидуальные предприниматели;
 - физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями.
2. Индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Важнейшей задачей страхователей является своевременная и в полном объеме уплата страховых взносов на ОМС. Источниками формирования средств ОМС являются:

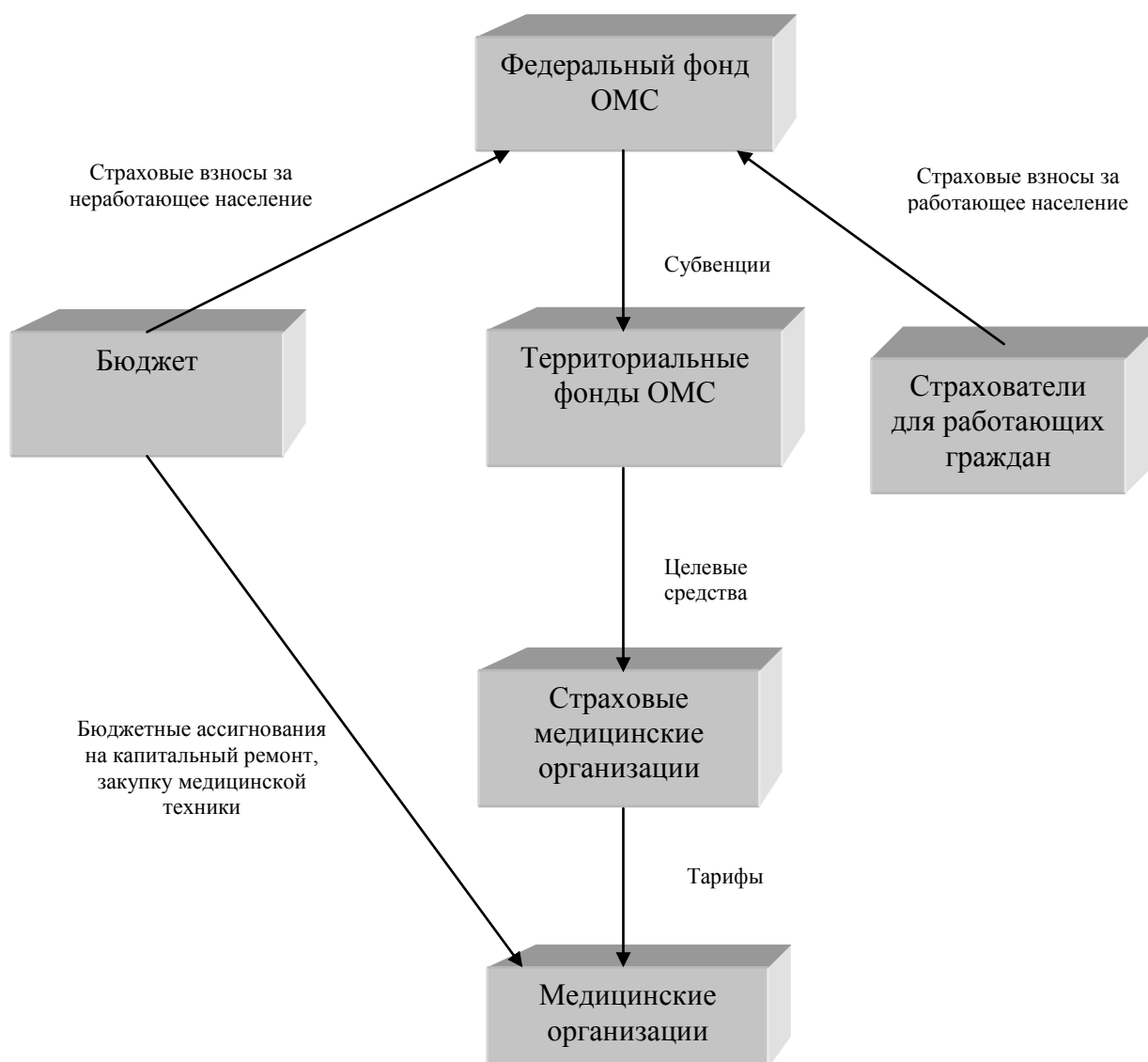
- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Размер и порядок расчета страховых взносов на ОМС устанавливаются соответствующими Федеральными законами. В настоящее время действующий совокупный общий тариф страховых взносов составляет 30% (ч. 1.1 ст. 58.2 Закона N 212-ФЗ). Он складывается из следующих тарифов: 22% - тариф для начисления пенсионных взносов; 2,9% - тариф для начисления взносов на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством; 5,1% - тариф для начисления взносов по обязательному медицинскому страхованию.

Движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рисунке 1.

Рис. 1 - Движение финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования



Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации базовой программы ОМС, является **Федеральный фонд**. Управление Федеральным фондом осуществляется правлением и председателем, который назначается и освобождается от должности Правительством РФ.

Задачи Федерального фонда:

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицин-

ское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями, установленными настоящим Федеральным законом;

6.1) утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, и порядки их заполнения, если иное не установлено настоящим Федеральным законом;

7) осуществляет в установленном им порядке контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

9) ведет единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

10) ведет единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

13) вправе обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;

17) вправе организовывать подготовку и дополнительное профессиональное образование, в том числе за пределами территории Российской Федерации, работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

18) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования, в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий;

19) принимает решение об образовании совещательных, координационных органов Федерального фонда, утверждает их состав и порядок деятельности.

Отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС осуществляют **территориальные фонды ОМС** – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для rea-

лизации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Управление территориальным фондом осуществляет директор, который назначается и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;
- аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;
- получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;
- осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;
- начисляет в соответствии недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан;
- утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования;
- обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;
- вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;
- осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;
- собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

- ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;
- ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;
- обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;
- организует подготовку и дополнительное профессиональное образование кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Отдельные полномочия страховщика возлагаются на **страховую медицинскую организацию (СМО)** в рамках договоров, заключенных с территориальным фондом ОМС. Страховая медицинская организация получает целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

СМО не вправе осуществлять иную, за исключением обязательного и добровольного медицинского страхования, деятельность.

В системе ОМС право на оказание медицинской помощи застрахованным имеют **медицинские организации** любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, а также **индивидуальные предприниматели**, занимающиеся частной медицинской практикой.

Законом четко определены обязанности и права медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным в системе ОМС.

Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;
- выполнять иные обязанности в соответствии с Федеральным законом.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится по **тарифам**, которые рассчитываются в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и должны включать в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Эти тарифы устанавливаются соглашением между органом управления здравоохранением субъекта РФ, территориальным фондом, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств,

расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, является **полис обязательного медицинского страхования**. Для его получения застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление в страховую медицинскую организацию, а при ее отсутствии – в территориальный фонд. Полис ОМС обеспечивается электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте.

К полису ОМС можно приобрести дополнительный полис медицинского страхования. В пакет платных услуг входит мобильная консультация врачей и «персонифицированный мониторинг здоровья на расстоянии». Стоимость этого дополнительного пакета различается в зависимости от «уровня ответственности за свое здоровье». Учитывается своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек. Данная система не только позволяет привлечь дополнительные средства, но и должна способствовать формированию у населения ответственного отношения к своему здоровью.

Каждому больному после посещения поликлиники или выписки из стационара выдается справка о потраченных на его лечение государственных средствах. Эта форма отчетности аналогична с частными клиниками. Информация в справке для пациента должна совпадать с той, что будет передана страховой компании, которая перечисляет деньги на лечение. Такая открытая система позволит уйти от «приписок». Кроме того, есть мнение о «воспитательной» роли данной системы: граждане, которые не задумываются о реальной стоимости лечения и воспринимают его как должное, осознают, что государство о них заботится.

Таким образом, основными принципами ОМС являются:

Всеобщий и обязательный характер: все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС.

Государственный характер: средства ОМС находятся в государственной собственности. Для реализации государственной финансовой политики созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС, как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации.

Общественная солидарность и социальная справедливость:

- страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»);
- граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»);
- несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Добровольное медицинское страхование

В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, добровольное медицинское страхование (ДМС) является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы добровольного медицинского страхования. Определяющими условиями такого взаимодействия являются, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения – это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний – это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в таблице.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1.	Некоммерческое	Коммерческое
2.	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3.	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4.	Регламентируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"	Регламентируется Законами РФ "Об организации страхового дела в РФ" и "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"
5.	Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
6.	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
7.	Страхователи - работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи - юридические и физические лица
8.	Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
9.	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
10.	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
11.	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
12.	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
13.	При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса

Качество медицинской помощи и система его обеспечения

Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. дает следующее определение качеству медицинской помощи:

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- непрерывность;
- безопасность;
- соответствие ожиданиям пациентов.

Доступность медицинской помощи означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием до медицинского учреждения, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного. Социальная доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете ценностного отношения пациента к своему здоровью, его вероисповедания и т.д. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в работе отдельных медицинских служб. Например, часы работы поликлиники должны предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время, недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня, и т.д. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

Межличностные взаимоотношения. Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важными элементами этих взаимоотношений являются искусство врача слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

Непрерывность. Эта характеристика означает, что пациент получает необходимую медицинскую помощь без задержки и неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, соблюдая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на конечные результаты лечения.

Безопасность. Как одна из характеристик качества, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны оцениваться с учетом потенциальных рисков.

Соответствие ожиданиям пациентов. Действующая система здравоохранения должна, прежде всего, отвечать ожиданиям пациентов в получении качественной медицинской помощи. Для пациента в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она адекватна его состоянию, отвечает ожиданиям и является своевременной. Немаловажную роль играет соблюдение принципов деонтологии со стороны медицинского персонала. Пациенты чаще всего обращают внимание на такие важные характеристики качества медицинской помощи как ее доступность, непрерывность, взаимоотношения с медицинским персоналом. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессиональную компетентность персонала.

*Качество медицинской помощи включает в себя три **основных компонента**, которые соответствуют по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:*

- *качество структур;*
- *качество технологии;*
- *качество результата.*

Качество структур определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику. Этот компонент качества обеспечивается такими параметрами, как состоянием зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение, профессиональной компетенцией медицинских работников, техническим состоянием медицинского оборудования и санитарного транспорта, соответствием лекарственных препаратов и лечебного питания установленным стандартам и др. Определяющей в перечне этих параметров является профессиональная компетенция медицинских работников, которая по отношению к каждому сотруднику оцениваются как сумма теоретических знаний и практических навыков выполнения медицинских стандартов. Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в принятии эффективных управленческих решений, направленных на достижение поставленных целей. Для врачей — это знания, навыки и искусство профилактики заболеваний, постановки диагноза, лечения больного. Набор профессиональных навыков вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи и правильности выбора тактики лечения больных. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено ресурсов больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной, даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют ожидаемым (плановым). Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, ко всем больным медицинского учреждения, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым, с учетом клинического диа-

ноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может являться его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности. При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: "выздоровление", "перевод", "смерть". В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: "выздоровление", "улучшение", "без перемен", "ухудшение", "перевод", "смерть". По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами являются: "выздоровление", "ремиссия", "госпитализация", "перевод в другое медицинское учреждение", "инвалидизация", "смерть". Качество результата по отношению ко всем больным медицинского учреждения следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике лечебно-профилактических учреждений для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частота послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень структурного качества — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Таковую взаимозависимость часто определяют как "принцип негатива" — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Система обеспечения качества медицинской помощи

Управление качеством медицинской помощи — это организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы управления и обеспечивает создание условий для обеспечения единых требований к осуществлению медицинской деятельности, а также для непрерывного повышения качества и безопасности этой деятельности.

Эта система основывается на следующих **принципах**:

- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
- использование административных, экономических и правовых методов управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных аспектов: дизайн качества, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.

Дизайн качества — это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества — это виды деятельности планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества — система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам является экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участников контроля;
- средств контроля;
- механизмов контроля.

Действующие нормативные правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный — страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др. Соответственно составу участников контролируемых органов, контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:

- контроль со стороны производителей медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителей медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используют различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур:

- лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
- аккредитацию медицинских учреждений;
- аттестацию медицинских работников;
- сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Управление качеством медицинской помощи подразумевает **непрерывное повышение** его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие: первая – это постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных, вторая – непрерывный процесс достижения этих стандартов.

Стандартизация в здравоохранении.

Стандартом медицинской помощи является унифицированная совокупность медицинских процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии).

Стандарт медицинской помощи может включать:

- перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень используемых лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, с указанием суточных и курсовых доз;
- перечень медицинских изделий;
- перечень компонентов крови и препаратов крови с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень видов диетического и лечебного питания с указанием количества и частоты их предоставления.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приоритетные направления стандартизации.

В мировой практике общепризнанными приоритетными направлениями работ по стандартизации являются:

- безопасность и экология;
- информационные технологии;
- ресурсосбережение.

К важнейшему направлению стандартизации относится также нормативное обеспечение качества товаров и услуг с целью защиты прав потребителей. В числе приоритетных как за рубежом, так и в России сформировалось социальное направление, в частности, стандартизация в сфере медицинских товаров и услуг.

Функции стандартов и услуг.

Экономическая функция охватывает следующие аспекты:

- предоставление информации о продукции и ее качестве, позволяющей производителям и потребителям правильно оценить, выбрать товар или услугу, с меньшим риском вложить средства в инвестиционные проекты и программы;
- содействие конкуренции на основе стандартизации методов испытаний и унификации основных параметров продукции, что позволяет проводить ее объективное сравнение;
- обеспечение совместимости и взаимозаменяемости отдельных видов товаров и услуг;
- рационализация управления технологическими процессами и обеспечение заданного уровня качества продукции.

Социальная функция стандартизации предусматривает определение такого уровня параметров и показателей товаров и услуг, который соответствует требованиям общественного

здоровья, санитарии и гигиены, обеспечивает охрану окружающей среды и безопасность людей при производстве, обращении, использовании и утилизации продукции.

Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, разработку глоссариев определений и терминов.

В настоящее время разработанные в разных учреждениях стандарты можно условно представить в виде пяти групп:

Первая группа (основная масса разработок) – диагностика и лечение заболеваний.

Вторая группа – стандарты, определяющие порядок действий в конкретных ситуациях (экстренная помощь, манипуляции сестринского ухода и т.д.).

Третья группа – стандарты условий оказания медицинской помощи (оснащение учреждений, санитарные правила и нормы, правила противопожарной безопасности, кадровые паспорта и др.). Используя в процессе лицензирования медицинской деятельности, при выдаче лицензий на медицинскую деятельность.

Четвертая группа – требования к изготовлению и применению лекарственных средств (стандартами не называются).

Пятая группа – работа по совершенствованию образовательных стандартов.

Основные принципы стандартизации в здравоохранении:

- принцип согласия;
- принцип единообразия;
- принцип целесообразности;
- принцип комплексности и проверяемости.

Классификация медицинских стандартов

Принято выделять следующие виды медицинских стандартов:

По административно-территориальному делению:

1. Международные — утвержденные на международном уровне и обязательные для исполнения на территории тех стран, где действует данный стандарт.

2. Национальные — утвержденные на федеральном уровне и обязательные для исполнения на всей территории страны.

3. Территориальные — разработанные субъектами Российской Федерации на основании уточнения национальных стандартов (если таковые приняты). В случае отсутствия национальных стандартов субъект Федерации может разрабатывать стандарты самостоятельно. Стандарт административно-территориальной единицы — это стандарт, принятый на уровне одного субъекта РФ и доступный широкому кругу потребителей.

4. Локальные — принятые в конкретной медицинской организации. Они разрабатываются в случае отсутствия на объект стандартизации ГОСТа Р и ОСТА или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТом Р или ОСТОм. Порядок разработки стандарта предприятия гармонизируется с государственным и отраслевым порядком разработки и устанавливается этим предприятием.

По ведомственной принадлежности:

1. Государственный стандарт РФ — стандарт, который разрабатывается на продукцию, работы и услуги, потребности в которых носят межотраслевой характер и принимаются Госстандартом России.

2. Отраслевой стандарт (системы стандартизации в здравоохранении) — стандарт, который разрабатывается в случае отсутствия стандартизации ГОСТа РФ или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТы РФ. Порядок разработки ГОСТа устанавливается отраслевым органом государственного управления отраслью (здравоохранением).

По объектам стандартизации:

1. Структурно-организационные стандарты — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к условиям оказания медицинской помощи.
2. Профессиональные стандарты — стандарты, которые устанавливают обязательные требования к профессиональным качествам медицинских работников.
3. Технологические стандарты — стандарты, которые устанавливают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста, ряда других факторов.

По механизму использования:

1. Простые — стандарты, предусматривающие наличие только одного стандарта. Определение соответствия осуществляется по системе: "соответствует—не соответствует".
2. Групповые — комплекс стандартов одного вида, иерархически связанных между собой. Определение соответствия в данном случае осуществляется по системе: соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда); соответствует стандарту первой категории; соответствует стандарту общей (базовой) категории; не соответствует ни одному из стандартов.

Кроме того, выделяют предварительный стандарт — временный документ, который принимается органом по стандартизации и доводится до широкого круга потенциальных потребителей. Информация, полученная в процессе использования предварительного стандарта, и отзывы об этом документе служат базой для решения вопроса о целесообразности принятия и введения в действие стандарта.

Контроль качества медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

- **государственный контроль**
- **ведомственный контроль**
- **внутренний контроль**

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- ✓ соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- ✓ определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- ✓ соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- ✓ создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- ✓ создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- осуществления лицензирования медицинской деятельности;

- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптек ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 настоящего Федерального закона.

Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации.

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном разработанным для данного конкретного учреждения «Положением о системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», утвержденным руководителем учреждения (главным врачом) соответствующим приказом.

В качестве примера можно привести систему организации внутреннего контроля качества в одном из крупных стационаров.

В соответствии с «Положением» целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в данной больнице является обеспечение права пациента на получение медицинской помощи надлежащего качества и обеспечение её безопасности.

Задачами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в данном стационаре заключаются в:

- оценке своевременности оказания медицинской помощи;
- оценке правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- оценке степени достижения запланированного результата;
- оценке соблюдения прав пациента при оказании медицинской помощи;
- оценке обеспечения предусмотренных законодательством приоритетов интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;
- оценке полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;
- получении достоверной информации о качестве оказания медицинской помощи;
- определении соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, порядкам медицинской помощи, другим нормативным документам в сфере здраво-

- охранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;
- анализе качества используемых ресурсов (кадровых, материально-технических, иных) в процессе оказания медицинской помощи;
 - разработке предложений и мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи;
 - определении потребностей медицинского персонала в дополнительных профессиональных знаниях;
 - внедрении мотивационных механизмов повышения профессиональной ответственности медицинских работников;
 - выявлении зон неэффективности в процессе оказания медицинской помощи, разработка и принятие мер по их устранению;
 - разработке корректирующих и предупреждающих действий;
 - изучении и обеспечении удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в больнице включает в себя следующие компоненты:

- контроль соблюдения структурными подразделениями и врачами учреждения «Порядка оказания медицинской помощи» при данных заболеваниях, утвержденного соответствующим приказом МЗ РФ;
- контроль соблюдения структурными подразделениями и врачами учреждения стандартов медицинской помощи;
- контроль качества кадровых ресурсов;
- контроль качества материально-технических ресурсов;
- контроль качества ведения медицинской документации;
- контроль качества и безопасности оказания медицинской помощи конкретному пациенту;
- контроль качества (оценка) результатов медицинской деятельности;
- контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;
- контроль проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- контроль соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению).

Контроль качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам проводится по отдельным законченным случаям (после проведения пациенту комплекса медицинских услуг с момента обращения до исхода лечения заболевания или завершения диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий), как правило, путём изучения учётно-отчётной медицинской документации с использованием нормативных документов, устанавливающих требования к качеству медицинской помощи, действующих в сфере здравоохранения, а также принятых в учреждении.

Контролю качества оказания медицинской помощи подлежат и незаконченные случаи, в период оказания пациенту медицинской помощи (очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению пациента или его законного представителя. Основной целью очной экспертизы качества является предотвращение или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи в больнице осуществляется в виде целевой экспертизы и плановой экспертизы.

В стационарных структурных подразделениях целевой экспертизе подлежат:

- все летальные исходы;
- все случаи выданных листков нетрудоспособности (в том числе продленных врачебной комиссией, с удлиненными или укороченными сроками временной нетрудоспособности);
- все случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

- все случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для пациентов в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;
- внутрибольничные осложнения, инфицирование;
- осложнения, возникшие в ходе медицинских вмешательств;
- повторные госпитализации по поводу одного того же заболевания в течение года;
- случаи расхождения диагнозов;
- жалобы пациентов и их законных представителей.

Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб пациентов или их законных представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ от 2.05.2006 года «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих её проведения.

Плановая экспертиза качества проводится с целью оценки соответствия объёмов, сроков, качества, безопасности и условий предоставления медицинской помощи группам пациентов, разделённым по профилю структурных подразделений учреждения, возрасту, заболеванию или группе заболеваний, и другим признакам и условиям. Плановая экспертиза качества проводится по случаям оказания медицинской помощи, отобранном методом случайной выборки и по тематически однородной совокупности случаев.

Плановая экспертиза методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав пациентов на своевременное получение медицинской помощи соответствующего объёма и качества, согласно нормативам, установленным Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данный вид экспертизы направлен на выявление случаев неправильного выполнения профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, повлекших ухудшение состояния здоровья пациента, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов учреждения, неудовлетворенность медицинской помощью пациентов.

Плановая экспертиза по тематически однородной совокупности случаев направлена на выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе; сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам пациентов, разделённым по профилю структурных подразделений учреждения, в которых им оказывалась медицинская помощь, возрасту, полу и другим признакам; разработку и реализацию предложений по недопущению в дальнейшем выявленных нарушений и минимизации их последствий.

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности направлен на осуществление мероприятий по проверке соблюдения в учреждении требований безопасности медицинской помощи, оказываемой пациенту, безопасности используемых медицинских изделий и лекарственных средств и осуществляется по следующим направлениям:

- выполнение требований к безопасности медицинской помощи, действующих в сфере здравоохранения, а также принятых в учреждении;
- выполнение установленных требований по обеспечению безопасного обращения лекарственных средств;
- выполнение установленных требований безопасности при эксплуатации медицинского оборудования, применения, хранения и утилизации медицинских изделий;
- выполнение установленных требований к обеспечению безопасного обращения с медицинскими отходами;
- выполнение установленных требований информационной безопасности, включая работу с

персональными данными пациентов и сотрудников организации, а также меры по сохранению врачебной тайны;

- выполнение установленных требований по обеспечению инфекционной безопасности и профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Организация деятельности по обеспечению безопасности по каждому из направлений регулируется локальными нормативными актами, утверждёнными приказами главного врача и иными нормативными документами.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационарных отделениях больницы включает в себя *три уровня*.

Первый уровень – контроль со стороны лица, ответственного за контроль качества и безопасности медицинской деятельности в структурных подразделениях учреждения (заведующие стационарными отделениями). Заведующие отделениями ежемесячно проводят плановую экспертизу всех законченных случаев медицинской помощи.

Второй уровень осуществляют заместитель главного врача по лечебной работе и заместитель главного врача по клинико-экспертной работе. Они проводят выборочный контроль качества медицинской помощи конкретным пациентам в объеме не менее 30-ти законченных случаев и 5-ти экспертиз незаконченных случаев за квартал. Из общего числа проверенных случаев 5 должны быть реэкспертизами первого уровня контроля качества.

Третий уровень проводит врачебная комиссия больницы. Постоянным председателем врачебной комиссии является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе. Основные задачи на данном этапе в целом соответствуют таковым на 2-ом уровне (реэкспертиза первого и второго уровня контроля качества - не менее 30-ти реэкспертиз в квартал). Помимо этого врачебная комиссия выполняет ряд функций и задач, определяющих её главенствующую и координирующую роль в больнице в сфере обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Показатели контроля качества и безопасности медицинской деятельности регистрируются в «Журналах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи», которые ведутся на каждой ступени контроля отдельно и содержат графы, аналогичные пунктам экспертных карт.

Инновационные процессы в здравоохранении: определение, предпосылки введения. Новые медицинские технологии

В соответствии с международными стандартами инновация определяется как конечный продукт инновационной деятельности, получивший воплощение в виде нового или усовершенствованного технологического процесса, используемого в практической деятельности.

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.

В мировой экономической практике понятие «инновация» интерпретируется как процесс превращения потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях.

Таким образом, суть инновации – «в использовании достижений человеческого разума ... для повышения эффективности деятельности в той или иной сфере, в изготовлении новых средств или продуктов труда, применении более эффективных технологий ... улучшении форм организации труда и управления ... и т.п.».

Переход на инновационное развитие не может быть осуществлен без участия государства.

Функций инноваций в общественном развитии:

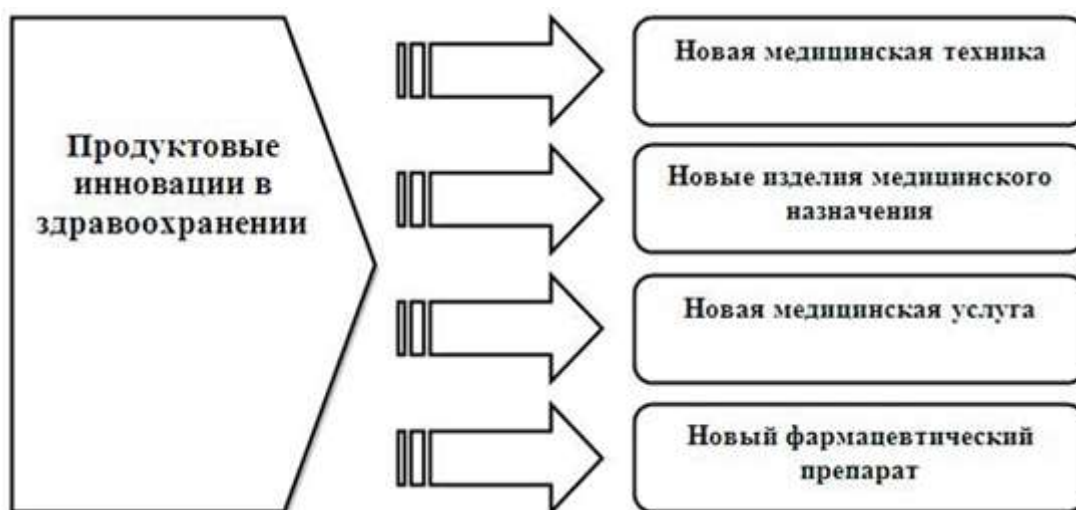
- канал воплощения в жизнь научно-технических результатов, способствуя интеллектуализации трудовой деятельности и повышению ее наукоемкости;
- с помощью инноваций расширяется круг производимых товаров и услуг, улучшается их качество, что способствует росту потребностей каждого человека и общества в целом и удовлетворению этих потребностей;
- инновации дают возможность вовлекать в производство новые производительные силы, производить товары и услуги с меньшими затратами труда;
- концентрация инноваций в той или иной сфере помогает привести в соответствие структуру воспроизводства со структурой изменившихся потребностей и структурой внешней среды.

Инновации в здравоохранении.

Применительно к здравоохранению можно дать следующее определение: **инновация** — это конечный результат инновационной деятельности, внедренный в работу медицинской организации и приносящий положительный эффект (медицинский, социальный или экономический).



Проанализировав инновационную деятельность в здравоохранении, все инновации в этой отрасли можно распределить в следующие группы.



В полном объеме инновационная деятельность в здравоохранении включает все виды научно-исследовательских работ (фундаментальные, поисковые, прикладные), опытно-конструкторские разработки, деятельность по освоению новшеств и внедрения в практику медицинской организации, т. е. реализацию инноваций. Исходя из конечного продукта, в медицинской отрасли инновационный цикл имеет свою специфику.

Первая стадия научно-исследовательских работ имеет обобщенные признаки у всех трех инновационных циклов.

Фундаментальные исследования в медицине представлены изучением закономерностей и базовых принципов, которые в свою очередь изменяются и корректируются в зависимости от цели развития и задачи отраслей медицинской науки.

Прикладные исследования характеризуются узконаправленным изучением и выделением из фундаментальной науки областей, направлений для достижения практических целей и решения конкретных задач здравоохранения.

Фаза опытно-конструкторских разработок в здравоохранении характерна для всех инновационных продуктов и проводится, как правило, в порядке реализации результатов НИР.

Выпуск малой партии или фаза внедрения в практику организации определяет готовность новшества соответствовать требованиям и спросу необходимому в медицинских организациях.

Широкомасштабное производство (диффузия инновации) определяет внедрение и распространение инновационных продуктов в другие медицинские организации.

Спад производства (фаза рутинизации) предполагает стабильную реализацию инновации в медицинских организациях.

Необходимо отметить, что для всех инновационных продуктов в области здравоохранения инновационный цикл имеет свои особенности, которые отличают его от инновационного цикла, реализуемого в других отраслях.

Инновационный цикл, характерный для нового фармацевтического препарата, представляет собой комплекс последовательных научно-исследовательских работ, в которых определяется возможность создания и применения нового лекарственного препарата. После чего идет этап доклинических исследований, характеризующийся проведением испытаний на лабораторных животных и этап клинических исследований, который находит свое применение в проведении исследований на человеке. Следующим элементом цикла является выпуск малой партии фармацевтического препарата. На этом этапе по мере необходимости могут проводиться производственные исследования, цель которых заключается в подготовке рекомендаций по улучшению характеристик выпускаемой продукции, совершенствованию технологии и организации производственного процесса, снижению затрат на производство продукции. И только при успешном завершении предыдущих этапов инновационный процесс переходит в следующий этап — широкомасштабное производство, которое предполагает освоение фарма-

цевтического препарата потребителем. Поскольку на смену одним инновациям приходят другие, то естественным этапом данного инновационного цикла является пятый этап — спад производства.

Научно-исследовательская работа для новой медицинской услуги и будет включать в себя этапы фундаментальных и прикладных научно-исследовательских работ, которые в свою очередь будут направлены на поиск решения задач в определенной медицинской сфере. Следующий этап в цикле связан с регистрацией новых медицинских технологий, которые носят практический характер и выражаются в применении и апробации данных прикладных исследований на пациентах. Регистрация НМТ выражается в оформлении и представлении разрешения на внедрение медицинской технологии. Следующим звеном в цикле является этап внедрения технологии. Завершающим элементом в данном инновационном цикле является предоставление новой медицинской услуги для пациентов.

Таким образом, рассматривая особенности инновационного цикла в здравоохранении, можно прийти к выводу, что он имеет ряд своих особенностей в зависимости от конечного продукта. Так инновационный цикл создания новой медицинской техники мало чем отличается от классического цикла. Создание фармацевтического препарата включает дополнительные стадии: доклинических и клинических испытаний, а цикл создания новой медицинской услуги имеет урезанный характер.

Инновационные процессы в российском здравоохранении.

Как отмечается в Национальном докладе «Инновационное развитие – основа модернизации экономики России», в России, осуществляющей переход на современную модель экономического роста, сохраняется неоправданно низкий для мировой державы уровень инновационной активности.

Новые цели, связанные со стимулированием и инфраструктурной поддержкой развития науки и инноваций, как и прежде, не реализуются в полной мере, их законодательное и правоприменительное обеспечение несовершенно, к тому же запаздывает или откладывается на неопределённые сроки.

В масштабах страны эффект от инновационной деятельности почти незаметен, не налажены тесные, постоянные и продуктивные контакты между наукой и бизнесом, эффективное функционирование национальной инновационной системы в целом. Устранение основных проблем в развитии науки, образования, инноваций требует существенных ресурсных и временных затрат. Однако затягивание их разрешения чревато не просто консервацией сложившейся ситуации, но и вполне вероятной деградацией всех базовых элементов инновационного цикла. Недостаточное финансирование тормозит реализацию эффективных инновационных проектов, снижая тем самым общий уровень инновационной активности в экономике.

Создаваемые отечественными предприятиями и вузами разработки востребованы незначительно. Это связано, прежде всего, с недостаточным финансированием здравоохранения и законодательной незащищённостью отечественных разработок. Дальнейшее развитие данной ситуации может привести, в частности, к систематическим закупкам крайне дорогостоящего иностранного оборудования, внедрению отечественных разработок через иностранные фирмы и, как следствие, повышению издержек отечественного здравоохранения.

Несмотря на рост инвестиций в здравоохранение, Россия заметно отстаёт от передовых стран по объёмам финансирования и показателям, определяющим уровень развития медицинской науки. В большинстве стран мира ассигнования на «науки о человеке» составляют не менее 30% от общих затрат на фундаментальные исследования.

Вопросы поддержания необходимого состояния медицинских изделий и использования средств федерального бюджета и внебюджетных источников, направляемых на их производство, закупку, должную эксплуатацию и утилизацию, не решаются в достаточной мере. В настоящее время многие направления современной медицины требуют серьёзной технологической оснащённости. Реализация современных технологий в отечественных учреждениях прак-

тического здравоохранения сдерживается, в том числе, из-за отсутствия эффективных механизмов допуска этих технологий на рынок.

Таким образом, инновации могут быть техническими, подразумевать разработку или улучшение продуктов или процессов, либо административными, т.е. быть направленными на совершенствование организационной структуры и процессов управления и осуществления работы. Такие инновации часто могут осуществляться независимо друг от друга. Тем не менее, в некоторых случаях реализация инноваций в одной сфере может зависеть или даже требовать инноваций в другой.

Инновации всегда означают скачок в новую область или попытку реализовать новшество. В этой связи результаты инновационной деятельности не всегда становятся очевидными незамедлительно. Напротив, путь к совершенствованию можно прокладывать в течение длительного времени, совершая множество экспериментальных попыток, как успешных, так и не совсем удачных. Этот процесс создает необходимые предпосылки конечного успеха.

Как следует из программных документов Правительства Российской Федерации, инновационная модель развития здравоохранения предусматривает тесное взаимодействие системы здравоохранения и медицинской науки, планирование научных медицинских исследований в зависимости от потребностей здравоохранения, активное внедрение научных результатов в медицинскую практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение научных достижений.

В настоящий момент в России есть компоненты, необходимые для развития инновационных медицинских технологий: инвесторы, компании, импортирующие зарубежные инновационные разработки, и изобретатели.

Единство науки, образования и практики должно обеспечить здравоохранение не только принципиально новыми способами диагностики и лечения самых различных заболеваний, но и современными методами управления качеством в здравоохранении.

Непрерывный поступательный процесс обновления медицинских технологий, обеспечивающий повышение эффективности лечения и профилактики, требует формирования и адекватного финансового обеспечения целевых научных программ по приоритетным направлениям развития медицины и здравоохранения.

Новые медицинские технологии.

Мобильные технологии

Развитие мобильных технологий позволяет уменьшить размеры диагностических устройств. В настоящее время для телефонов насчитывается более 20 тысяч приложений, медицинской направленности.

Программа Skin of Mine дает возможность пользователю определять дерматологические заболевания по фотографии. Данный сервис позволяет также получить консультацию дерматолога через интернет.

Программа Skin Skan создана для сканирования родинок на теле. С помощью данного софта можно следить за родинками и отслеживать их рост, что дает возможность отслеживать онкологические заболевания кожи.

Однако не любой прибор можно поместить в мобильный телефон. Поэтому многие разработчики медицинского оборудования стараются интегрировать свои изобретения с мобильными телефонами. Компания CellScope занимается разработкой девайсов, которые работают в паре с мобильными телефонами. Ими был разработан микроскоп, выводящий изображение на экран телефона. Компания разработала устройство, которое может диагностировать туберкулез с помощью флуоресцентной микроскопии. Разработка компании CellScope позволяет проводить исследования мазков крови. Благодаря устройству можно будет обследовать глазное дно, горло, ухо, нос и кожу не выходя из дома. Данные обследования через сеть будут отправляться врачу.

Существуют глюкометры, которые интегрированы с телефонами и позволяют диабетикам следить за уровнем сахара в крови.

Профилактика заболеваний

Профилактике, как и диагностике заболеваний, разработчики уделяют огромное место. Сегодня можно увидеть немало девайсов, такой направленности. Одним из таких является устройство FitBit, которое дает возможность рассчитывать активность человека за день, анализирует качество сна, ведет подсчет калорий. Существует много мобильных приложений, с помощью которых можно вести учет своего состояния. Например, софт для смартфонов Target Weight.

Эта программа интересна тем, что она может взаимодействовать с тонометром, шагомером и весами, поддерживающими передачу данных. Благодаря сбору такой подробной информации данный сервис позволяет наблюдать динамику состояния здоровья. С помощью программы пользователь сможет узнать, сколько им тратиться в день калорий, о количестве лишнего жира. Программа, опираясь на полученные данные, которые можно хранить не только на мобильном телефоне, но и в «облаках», дает рекомендации своему хозяину о том, что ему нужно изменить в своей жизни, чтобы быть здоровым.

Генетические технологии

Важным этапом является развитие генетических технологий. Удешевление генетического анализа ведет к развитию персонализированной медицины. Снижение стоимости данного обследования позволит выявить не только наследственные заболевания, но и предрасположенность к разным патологиям. Информация о геноме поможет подбирать эффективное лечение. Внедрение генной терапии необходимо для лечения заболеваний, связанных с нарушением структуры ДНК. Многие наследственные заболевания до сих пор считаются неизлечимыми.

Роботы на службе человека

Оперативное вмешательство часто требует высокой точности. Обычные операции уходят в прошлое, хирурги прибегают к более эффективным способам проведения операций. К примеру, аппендэктомию все чаще делают лапароскопически. Особой точности требует нейрохирургия, где врачу нельзя ошибиться ни на миллиметр. Для точных операций разрабатываются роботы, которые позволяют повысить точность оперативного вмешательства. Специальные роботизированные столы помогают точно проводить хирургические манипуляции.

Ведется разработка роботизированных систем, которые смогут простые операции проводить без помощи человека.

Для диагностики пищеварительной системы итальянской лабораторией CRIM Lab разрабатываются специальные роботы в виде капсулы, которые имеют камеру и средства передвижения по пищеводу. Маленький робот, которого должен проглотить пациент, позволяет обследовать стенки желудка на повреждения. Данное устройство заменяет неприятную процедуру глотания зонда.

Разработчики рассчитывают, что такие миниатюрные роботы смогут не только диагностировать, но и устранять патологические состояния желудочно-кишечного тракта. Основным направлением лаборатории является диагностика и лечение рака пищевода. Возможно, вскоре забор крови будут делать также роботизированные системы. В Великобритании разработан прототип системы Bloodbot, которая может самостоятельно осуществлять забор крови из вены.

Персональная электронная медицинская карта

Одним из этапов совершенствования современной медицины является персонализация данных и повышение коммуникации между врачами. Легкий доступ к истории болезни, позволяет назначать своевременное эффективное лечение.

Ведение медицинских карт постепенно может перейти в сеть. «Облачный» софт используется для хранения больших объемов информации в интернете. Благодаря интернету врачи разных клиник получают доступ к данным пациента. Электронные медицинские карты дают возможность своевременно узнавать о здоровье больного, назначать эффективное лечение. Свя-

зывание оборудования медицинского учреждения в единую сеть позволит получать данные обследования на портативные устройства врачей. В Соединенных Штатах Америки некоторые клиники уже работают по такому принципу. У врачей имеются планшеты, на которые поступает информация о пациенте: какие лекарства прописаны, результаты анализов и т.д.

Внедрение интернет-технологий экономит время пациента и врача. Не надо добираться до поликлиники, стоит только включить компьютер и можно связаться с медицинским учреждением. Некоторые врачи в России уже сейчас практикуют консультации по Skype. Видеозвонки дают возможность не только произвести опрос, но и сделать общий осмотр, что часто достаточно для общего представления о здоровье человека. Если все-таки необходима встреча с врачом, то записаться на прием можно также через интернет. Такой сервис можно уже сегодня встретить в некоторых клиниках России.

3D-биопринтеры

Использование специальных 3D-биопринтеров дает возможность печатать зубные протезы, лоскуты ткани. В качестве чернил используются клетки пациента. Пример такого принтера запустила в производство кампания Organovo. Ведется разработка возможности печати не только отдельных тканей, но и целых функциональных органов, например, печени или почек.

Применение чипов для восстановления способностей человека.

Мозг человека часто сравнивают с компьютером, так как вся информация, а также любые действия обрабатываются именно в нем. В настоящее время, есть примеры, когда людям, потерявшим конечности вживляют в нервную систему чипы, которые могут управлять движениями роботизированной руки или ноги. Внедрение данной технологии позволит в будущем восстанавливать утраченные способности у парализованных людей.

Список литературы:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Юрьев В.К., Куценко Г.И. – СПб.: Петрополис, 2000. – 914 с.
2. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. / Медик В.А., Юрьев В.К. – М.: Медицина, 2003. – 392 с.: ил.
3. Экономика здравоохранения: Учебное пособие./ Гаджиев Р.С. – М.: Медицина, 2003. – 464 с.: илл.
4. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие / Под ред. А.И. Вялкова; Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. и др. – 3-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 664 с.: ил.
5. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 608 с. : ил.